



## Piano Integrato di Attività e organizzazione

---

Valore Pubblico

Impatto

Performance

Risorse

Efficacia

Efficienza

Asp di Enna

VIALE DIAZ 7/9, 94100 ENNA | [protocollo.genereale@pec.asp.enna.it](mailto:protocollo.genereale@pec.asp.enna.it)

## Sommario

Sezione 1 - Scheda Anagrafica dell'Amministrazione.....	3
1.1 Chi siamo .....	3
1.2 Come operiamo .....	4
1.3 Dati strutturali .....	7
Sezione 2 – Valore pubblico – Performance – Anticorruzione.....	18
2.1 Valore Pubblico.....	18
2.2 Performance .....	23
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza .....	32
Sezione 3 Organizzazione e capitale umano .....	55
3.1 Struttura organizzativa .....	55
3.2 Organizzazione del lavoro agile .....	57
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale .....	61
Sezione 4 - Monitoraggio.....	66
4.1 Valore Pubblico.....	66
4.2 Performance .....	66
4.3 Rischi corruttivi e Trasparenza .....	66
4.4 Organizzazione e capitale umano.....	66
Nota metodologica .....	67

### Allegati

2.2 Performance: Allegato A - “Gerarchia degli Obiettivi”

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza: Allegati n. 1, n. 2, n. 3

## Premessa

Uno dei principali temi ricorrenti negli ultimi decenni – come ampiamente ribadito nel PNRR - è la centralità della semplificazione amministrativa e normativa per il rilancio del tessuto economico del nostro Paese.

In tale ambito si inserisce senz'altro l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, in breve P.I.A.O., introdotto dall'articolo 6 del Decreto Reclutamento (D.L. 80/2021) "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*" convertito con modificazioni dalla Legge 113/2021 che ne ha previsto l'adozione da parte delle amministrazioni con più di 50 dipendenti al fine di "*assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi*".

Il Piano assorbe in un unico documento di programmazione e governance molti degli atti di pianificazione che fino ad oggi le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente quali il Piano Performance, il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Piano dei Fabbisogni di Personale e Piano Formativo, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile.

Il presente Piano rappresenta, pertanto, una sorta di testo unico della programmazione aziendale di durata triennale, da aggiornare annualmente entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Piano sinteticamente deve definire:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare nel corso del 2022;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere;
- le modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza periodica.

Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ai sensi del comma 6, art.6 del D.L. 80/2021, convertito in Legge n.113/2021, ha adottato in piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni.

La normativa emanata puntualizza il concetto di "Valore Pubblico" che si rinviene nel nuovo modo di concepire i percorsi di miglioramento delle amministrazioni pubbliche e, in particolare delle loro performance.

Una Pubblica Amministrazione in cui tutte le unità operative hanno raggiunto performance organizzative eccellenti erogando servizi di qualità, grazie al contributo individuale dei dirigenti e dei dipendenti, sarebbe, comunque, sterile se non riuscisse a creare "Valore Pubblico", ossia ad aumentare il benessere reale della collettività e non riuscisse a salvaguardare le proprie condizioni di sopravvivenza e di sviluppo.

Occorre, dunque, fare leva sui valori intangibili, quali la capacità organizzativa di adattarsi alle nuove esigenze, lo sviluppo delle competenze delle risorse umane, lo sviluppo della rete di relazioni interne ed esterne, la capacità di leggere i bisogni di salute e di dare risposte adeguate, l'orientamento verso l'innovazione, la sostenibilità delle scelte, l'abbassamento del rischio dei fenomeni corruttivi che ridurrebbero il valore pubblico.

## Sezione 1 - Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

### 1.1 Chi siamo

L'A.S.P. di Enna è stata costituita con la L.R. n. 5/2009; è un ente dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

La sede legale dell'Azienda si trova ad Enna, Viale Armando Diaz, n. 7/9, con codice fiscale e partita IVA n. 01151150867.

Il logo con cui si identifica l'Azienda è quello di seguito rappresentato:



Il sito istituzionale è il seguente: [www.aspenna.it](http://www.aspenna.it)

**L'ambito territoriale** dell'Azienda comprende l'intera provincia di Enna (di cui fanno parte i comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto) e il Comune di Capizzi in provincia di Messina.

Il territorio aziendale è suddiviso in 4 Distretti Sanitari:

- Distretto Sanitario di Enna**, comprendente i Comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera e Villarosa;
- Distretto Sanitario di Piazza Armerina** comprendente i Comuni di Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca e Pietraperzia;
- Distretto Sanitario di Nicosia** comprendente i Comuni di Nicosia, Capizzi, Cerami, Gagliano C.to, Sperlinga e Troina;
- Distretto Sanitario di Agira**, comprendente i Comuni di Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria e Regalbuto.



Nell'ambito del territorio dell'Azienda con D. A. n. 22 del 11 gennaio 2019 sono state confermate le seguenti strutture ospedaliere, classificate secondo i livelli di complessità crescente previsti dal D.M. 70/2015:

- P.O. Umberto I di Enna - Dipartimento di emergenza urgenza e di accettazione di I livello
- P.O. "M. Chiello" di Piazza Armerina - Presidio ospedaliero di base
- P.O. "C. Basilotta" di Nicosia - Presidio ospedaliero di base
- P.O. "Ferro-Branciforti-Capra" di Leonforte - Presidio ospedaliero zona disagiata

**La missione istituzionale** dell'ASP di Enna è di tutelare la salute della popolazione residente per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile e assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) indicati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale.

L'Azienda svolge funzioni di tutela e di promozione della salute sia individuale che collettiva della popolazione residente e/o presente, attraverso attività di educazione alla salute, prevenzione, cura degli stati di malattia e recupero della salute, volte a garantire la migliore qualità di vita possibile.

Le scelte sanitarie sono effettuate in coerenza con le politiche nazionali e regionali, curando l'integrazione con le altre aziende - sanitarie e non - operanti sul territorio e con il coinvolgimento dei cittadini, sia in forma associata che individuale.

L'azione dell'Azienda si ispira a criteri di efficacia, di appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. Essa è vincolata al principio della trasparenza in ragione del quale l'Azienda rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

L'Azienda persegue obiettivi di miglioramento della qualità a tutti i livelli, sia con riferimento ai servizi offerti alla popolazione (innovazione tecnologica, percorsi di accreditamento, sicurezza dei pazienti), sia con riferimento alla valorizzazione dei propri dipendenti (benessere organizzativo, percorsi di formazione intra ed extra-aziendali).

**Gli organi** dell'ASP sono il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

L'Azienda realizza i propri fini istituzionali attraverso le unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Strategica, attraverso le articolazioni dell'ambito sanitario ospedaliero e territoriale, attraverso i Dipartimenti (articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici).

A seguito del riordino della rete ospedaliera, in ultimo con il Decreto Assessoriale n. 22/2019, l'Azienda ha ridisegnato il proprio assetto organizzativo come riportato nell'Atto Aziendale approvato dall'Assessorato e recepito dall'Azienda con del. n. 902 del 19/6/2019.

## 1.2 Come operiamo

L'Azienda persegue le sue finalità attraverso le proprie articolazioni operative, come definite nell'Atto Aziendale.

Il modello operativo fondamentale è il Dipartimento con le sue articolazioni (unità operative complesse e semplici). Al Dipartimento si affiancano le Unità operative complesse (UOC), Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) e semplici (UOS) e le Unità operative che direttamente fanno capo alla Direzione Aziendale. Per una dettagliata descrizione dell'organizzazione e del funzionamento delle strutture aziendali si rimanda all'Atto Aziendale pubblicato sul sito istituzionale.

L'Atto Aziendale individua le competenze attribuite ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori di struttura complessa. I dirigenti esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti d'indirizzo e programmazione annuale delle attività, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati; sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I **Dipartimenti strutturali** hanno la responsabilità gestionale delle risorse assegnate, compresa la gestione del personale e degli accessi degli operatori del Dipartimento agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Generale.

I **Dipartimenti funzionali** accorpano "orizzontalmente" le unità operative e hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per determinate categorie di pazienti.

Le **Unità Operative Complesse** (U.O.C) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le **Strutture Semplici**, Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) e Unità operative semplici (U.O.S.) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

L'ASP di Enna serve una popolazione di 160.608 abitanti (dato all'0/01/2021 - Fonte ISTAT), attraverso le articolazioni organizzative sottoindicate:

1. Distretti sanitari
2. Presidi ospedalieri
3. Dipartimenti strutturali e funzionali
4. Unità Operative Complesse (U.O.C.)
5. Unità Operative Semplici (all'interno di U.O.C. o a valenza dipartimentale)

1. L'Azienda è articolata in 4 Distretti Sanitari:

- a. Distretto di Enna
- b. Distretto di Piazza Armerina
- c. Distretto di Agira
- d. Distretto di Nicosia

2. Sul territorio insistono 4 presidi ospedalieri, classificati per livelli di complessità come previsto dal D.M. 70/2015

- a. P.O. "Umberto I" - Enna - Dipartimento di emergenza urgenza e di accettazione di I liv.
- b. P.O. "M. Chiello" - Piazza Armerina - Presidio ospedaliero di base
- c. P.O. "C. Basilotta" - Nicosia - Presidio ospedaliero di base
- d. P.O. "Ferro - Branciforti - Capra" - Leonforte - Presidio ospedaliero zona disagiata

3. L'Atto Aziendale individua i seguenti Dipartimenti

**a. Dipartimenti Strutturali**

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario
- Dipartimento della Salute Mentale

**b. Dipartimenti Funzionali**

– Ambito territoriale:

- Dipartimento dell'Assistenza Distrettuale e dell'Integrazione Socio-Sanitaria

– Ambito ospedaliero:

- Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)
- Dipartimento di Medicina
- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento dei Servizi

– Ambito transmurale:

- Dipartimento Materno-Infantile

– Ambito Amministrativo

- Dipartimento Amministrativo

Si rimanda all'Atto Aziendale, adottato con delibera n. 902 del 19/6/2020 per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale, e in particolare all'allegato "Organigramma delle Strutture Organizzative", riportato anche come allegato al presente Piano.

## Gli Interlocutori o Stakeholders

La programmazione e le strategie organizzative e gestionali sono orientate alla valorizzazione della centralità dell'utente.

In questa prospettiva l'Azienda intende impiegare costantemente i principali strumenti organizzativi e informativi nei confronti di tre categorie di interlocutori:

- **soggetti pubblici** (Ministero della Salute, Assessorato Regionale della Salute, Comuni, Università, Ordini professionali, altre Aziende Sanitarie)
- **soggetti privati** (Società private, Fornitori, Dipendenti, Organizzazioni Sindacali)
- **collettività** (Utenti, Associazioni, Cittadini, Scuole, Media)

## Le risorse umane

Le risorse umane rappresentano, insieme alle risorse finanziarie, la componente fondamentale per la gestione delle attività che l'Azienda è chiamata ad erogare. La dotazione organica è stata approvata dall'Assessorato. Il numero complessivo dei dipendenti di ruolo, ivi compreso i dipendenti a tempo determinato al 31 dicembre 2021, è come di seguito rappresentato: (dato fornito dal Personale)

Profilo	Q.ta	Q.ta%
Infermiere	759	39,76%
Medico	368	19,29%
Ausiliario spec.	124	6,51%
Operatore tecn.	82	4,29%
Coad. Amministrativo	77	4,04%
Tecnico sanitario	77	4,04%
Operatore Socio San.	78	4,10%
Assis. Amministrativo	44	2,28%
Altri (<2%)	300	15,72%
<b>Totale</b>	<b>1909</b>	

## Le risorse economico-finanziarie

Dal punto di vista istituzionale la Regione rappresenta per l'Azienda l'interlocutore principale: il finanziamento è definito dall'Assessorato Regionale, che orienta il governo economico sulla base della programmazione sanitaria espressa nel Piano Sanitario Regionale. In concreto, la Regione ha in carico la gestione della politica sanitaria rivolta ai propri cittadini e la realizza attraverso l'attività delle aziende sanitarie, per le quali individua le priorità di intervento attraverso la definizione e l'assegnazione di specifici obiettivi, che sono definiti sia nel Piano Sanitario Regionale, sia negli obiettivi di mandato conferiti ai Direttori Generali.

A seguito dell'assegnazione delle risorse del FSR l'Azienda adotta il proprio Bilancio di Previsione che rappresenta il punto di partenza nell'individuazione delle risorse finanziarie a disposizione.

Il Bilancio di previsione tiene conto del Piano degli Investimenti, nei limiti della disponibilità finanziaria.

Nelle more di detta assegnazione la Direzione Aziendale ha adottato la delibera n. 24/2022 con la quale, al fine di garantire la continuità della gestione aziendale, ha assegnato ai Servizi un budget provvisorio pari al 80% del budget dell'anno precedente.

Di seguito i dati di bilancio a consuntivo 2020 e 2021 che attestano il rispetto dell'obbligo dell'equilibrio di bilancio anni 2020 e 2021, evidenziando un risultato positivo di gestione.

Gestione	2020	2021	Scostamento	
<b>Valore della produzione</b>	<b>387.782.872</b>	<b>400.123.692</b>	<b>12.340.820</b>	<b>3,18%</b>
<b>Costi della produzione</b>	<b>379.496.841</b>	<b>391.805.427</b>	<b>12.308.586</b>	<b>3,24%</b>
<b>Margine Operativo</b>	<b>8.286.031</b>	<b>8.318.265</b>	<b>32.234</b>	<b>0,39%</b>
<b>Gestione finanziaria</b>	<b>-41.510</b>	<b>-45.833</b>	<b>-4.323</b>	<b>10,41%</b>
<b>Oneri e proventi straordinari</b>	<b>132.065</b>	<b>218.552</b>	<b>86.487</b>	<b>65,49%</b>
<b>Imposte e tasse</b>	<b>8.368.431</b>	<b>8.331.216</b>	<b>-37.215</b>	<b>-0,44%</b>
<b>Risultato economico d'esercizio</b>	<b>91.175</b>	<b>159.768</b>	<b>68.593</b>	<b>75,23%</b>

I processi aziendali consolidati nel tempo, inerenti la programmazione delle risorse, degli investimenti e degli acquisti, in linea con quanto previsto dai Percorsi di certificabilità del Bilancio, l'oculatazza delle scelte finanziarie, gestionali ed operative, orientate ad una corretta gestione economico finanziaria, consentirà di rispettare i limiti di spesa assegnati dall'Assessorato in sede di negoziazione delle risorse, al fine di raggiungere nel 2022, come negli anni precedenti, l'equilibrio di bilancio.

### 1.3 Dati strutturali

La programmazione delle attività erogate intende garantire, prioritariamente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA - DPCM 12.01.2017)), cioè quelle prestazioni e quei servizi che, per la loro rilevanza in termini di promozione della salute e del benessere della persona, vanno garantiti dal SSN a tutta la popolazione, o gratuitamente o dietro corresponsione di un ticket.

Il DPCM sopra citato individua tre grandi livelli di assistenza:

1. assistenza ospedaliera
2. prevenzione collettiva e sanità pubblica
3. assistenza distrettuale

#### 1. Assistenza Ospedaliera

I posti letto strutturali da Modello HSP 12 sono complessivamente 394 di cui n. 336 ordinari e n. 58 in D.H. mentre i posti letto operativi (modello HSP 22 bis) sono stati complessivamente n. 340,98 (n. 291,48 ordinari e n. 49,5 D.H.), come di seguito dettagliato:

Distribuzione dei posti letto anno 2021					
Regime	Struttura	PL strutturali Mod. HSP 12		PL Mod. HSP 22 bis	
		PL ordinari	PL DH	PL ordinari	PL DH
Acuti	S.O. Umberto I	169	24	149,9	17,83
	S.O. Chiello	47	11	42,16	12
	S.O. Basilotta	66	13	60,25	11,17
	S.O. F.B.C.	19	8	12	6,5
Totale posti letto per acuti		301	56	264,31	47,5
Lungodegenza	S.O. Umberto I	0	0	0	0
Lungodegenza	S.O. Chiello	4	0	4	0
Lungodegenza	S.O. Basilotta	2	0	0,92	0
Lungodegenza	S.O. F.B.C.	3	0	2,75	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. Umberto I	6	2	4,5	2
Riabilitazione post acuzie	S.O. Chiello	4	0	4	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. Basilotta	4	0	0	0
Riabilitazione post acuzie	S.O. F.B.C.	12	0	11	0
<b>Totale Posti letto effettivi</b>		<b>336</b>	<b>58</b>	<b>291,48</b>	<b>49,5</b>

Posti letto Covid c/o P.O. Umberto I	PL strutturali Mod. HSP 12
Degenza Covid	41
Terapia Intensiva	8
Ostetricia e Ginecologia	3
Neonatologia (Utin Neonotologia)	3
<b>TOTALE</b>	<b>55</b>

L'attività erogata negli ospedali è di seguito sinteticamente rappresentata

Assistenza ospedaliera Aree di attività	
Pronto soccorso	
Ricovero ordinario per acuti	
Day surgery	
Day hospital	
Riabilitazione e lungodegenza post acuzie	
Attività trasfusionali	
Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti	
Centri antiveneni (CAV)	

Di seguito si rappresenta graficamente la distribuzione dei ricoveri nei 4 Presidi Ospedalieri che registra nel 2021 un numero di ricoveri costante rispetto al 2020.

Struttura	anno 2020				anno 2021			
	R.O.	D.H.	Tot ord+DH	Day Service	R.O.	D.H.	Tot ord+DH	Day Service
P.O. UMBERTO I	5.825	594	<b>6.419</b>	2.534	5.779	560	6.339	3.238
P.O. CHIELLO	1.085	149	<b>1.234</b>	262	1.197	205	1.402	265
P.O. BASILOTTA	456	79	<b>535</b>	228	519	24	543	227
P.O. FBC	1.643	245	<b>1.888</b>	278	2.087	211	2.298	478
<b>TOTALE ASP</b>	<b>9.009</b>	<b>1.067</b>	<b>10.076</b>	<b>3.302</b>	<b>9.582</b>	<b>1.000</b>	<b>10.582</b>	<b>4.208</b>

Riepilogo giornate di degenza

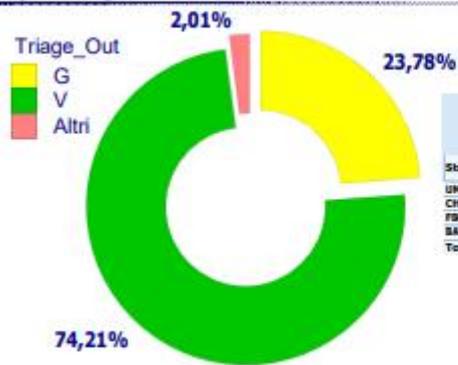
Struttura	anno 2020				anno 2021			
	GG.DD. R.O.	Accessi D.H.	GG.DD e Accessi (ord+DH)	P.M. Day Service	GG.DD. R.O.	Accessi D.H.	Accessi (ord+DH)	Accessi Day Service
P.O. UMBERTO I	49.205	1083	<b>50.288</b>	7.466	43.805	829	44.634	8.852
P.O. CHIELLO	10.580	253	<b>10.833</b>	648	11.681	369	12.050	592
P.O. BASILOTTA	6605	247	<b>6852</b>	501	6566	69	6635	459
P.O. FBC	12.805	730	<b>13.535</b>	579	15.684	703	16.387	980
<b>TOTALE ASP</b>	<b>79.195</b>	<b>2.313</b>	<b>81.508</b>	<b>9.194</b>	<b>77.736</b>	<b>1.970</b>	<b>79.706</b>	<b>10.883</b>

Dati di attività dei quattro Pronto Soccorso

L'attività di emergenza urgenza ospedaliera è assicurata dai quattro pronto soccorso allocati nei presidi ospedalieri. Si riportano i dati relativi gli accessi nel 2021

<b>Struttura</b>	<b>Traige_OUT</b>	<b>Accessi totali</b>
<b>190319 - P. O. UMBERTO I</b>	\$ - NA	3.767
	B - Bianco - Non critico	54
	G - Giallo - Mediamente critico	4.386
	N - Nero - Deceduto	36
	R - Rosso - Molto critico	206
	V - Verde - Poco critico	11.128
	<b>Totale</b>	<b>19.577</b>
<b>190320 - P. O. M. CHIELLO</b>	\$ - NA	189
	B - Bianco - Non critico	127
	G - Giallo - Mediamente critico	1.999
	N - Nero - Deceduto	26
	R - Rosso - Molto critico	48
	V - Verde - Poco critico	10.228
	<b>Totale</b>	<b>12.617</b>
<b>190321 - P. O. FERRO-CAPRA-BRANCIFORTE</b>	\$ - NA	66
	B - Bianco - Non critico	39
	G - Giallo - Mediamente critico	770
	N - Nero - Deceduto	19
	R - Rosso - Molto critico	48
	V - Verde - Poco critico	3.166
	<b>Totale</b>	<b>4.108</b>
<b>190322 - P. O. CARLO BASILOTTA</b>	\$ - NA	57
	B - Bianco - Non critico	118
	G - Giallo - Mediamente critico	2.414
	N - Nero - Deceduto	7
	R - Rosso - Molto critico	81
	V - Verde - Poco critico	5.344
	<b>Totale</b>	<b>8.021</b>
<b>Totale</b>	<b>44.323</b>	

### Casi per Triage OUT



Media complessiva giornaliera accessi del periodo: 121

Media accessi per mese

Media mensile accessi 3.694

Struttura	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
UMB		41	48	48	56	54	62	61	56	54	56	56	54
CIE		27	30	33	30	38	43	37	39	35	35	35	34
FBC		8	8	9	10	13	14	12	12	12	12	12	12
BAS		15	19	19	22	26	22	23	28	22	20	23	24
<b>Totale</b>		<b>91</b>	<b>103</b>	<b>110</b>	<b>118</b>	<b>131</b>	<b>139</b>	<b>134</b>	<b>135</b>	<b>123</b>	<b>123</b>	<b>126</b>	<b>124</b>

Regime	Nro Ricette	Nro Prestazioni	Importo lordo	Importo netto	Ticket
1-1 - SSN - Esente Totale	307.236	1.500.109	€ 16.341.926,07	€ 16.341.926,07	€ 0,00
1-2 - SSN - Non Esente	61.688	158.883	€ 2.544.328,12	€ 951.204,51	€ 1.593.123,61
7-1 - Stranieri Paesi convenzionati SSN (a carico SSN) - Esente Totale	141	592	€ 6.260,14	€ 6.260,14	€ 0,00
7-2 - Stranieri Paesi convenzionati SSN (a carico SSN) - Non Esente	135	171	€ 11.176,10	€ 6.159,48	€ 5.016,62
9-1 - Altro - Esente Totale	11	97	€ 560,09	€ 560,09	€ 0,00
3-1 - NA - Esente Totale	3	47	€ 173,98	€ 173,98	€ 0,00
3-2 - NA - Non Esente	2	72	€ 268,23	€ 218,23	€ 50,00
<b>Totale</b>	<b>368.799</b>	<b>1.659.971</b>	<b>€ 18.904.692,73</b>	<b>€ 17.306.502,50</b>	<b>€ 1.598.190,23</b>

L'offerta relativa all'assistenza ambulatoriale è garantita dalle strutture riepilogate nei seguenti prospetti:

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture a gestione diretta (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)												
TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio/Laboratorio	34	4	4									
Struttura residenziale									2		1	
Struttura semi-residenziale					1					1	2	
Altro tipo di struttura				9	19	4						1

Distribuzione per livello di assistenza delle strutture convenzionate (alcune strutture espletano più tipologie di assistenza)												
TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio/ Laboratorio	6	9	13									
Struttura residenziale					2				1		1	
Struttura semi-residenziale												
Altro tipo di struttura												

## 2. Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Prevenzione collettiva e sanità pubblica Aree di intervento
Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
Salute animale e igiene urbana veterinaria
Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
Attività medico legali per finalità pubbliche

Nell'ambito della macro-area **Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** nel corso del 2021 è stata data continuità alle azioni di controllo delle principali zoonosi attuate negli anni precedenti (controllo sanitario degli insediamenti produttivi e delle specie sensibili in essi presenti e controllo anagrafico dei capi bovini e ovi-caprini) e i risultati attesi relativi gli obiettivi individuati nel P.A.A. - Sanità veterinaria - sono stati raggiunti.

Per quanto riguarda i **programmi vaccinali**, l'attività di informazione specifica rivolta alla popolazione e di formazione per i MMG, PLS, medici igienisti ha certamente sostenuto il mantenimento di elevati livelli di copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni offerte, sia obbligatorie sia raccomandate (P.A.A. – Coperture vaccinali e sorveglianza delle malattie infettive); si è registrato il costante superamento del 95% per il ciclo di base dei vaccini di tutte le coorti d'obbligo, con coperture spesso ampiamente superiori alla media regionale.

Coperture spesso ampiamente superiori alla media regionale per le vaccinazioni antimeningococco B, anti Men ACWY nei bambini.

Per gli stessi vaccini antimeningite e per l'anti HPV i risultati sono stati di buon livello e sempre ampiamente superiori alla media regionale negli adolescenti, tenuto conto che la fascia di età 13-18 anni è stata quella più penalizzata come prevenzione vaccinale nel corso della pandemia da nuovo coronavirus.

Anche gli obiettivi relativi l'ambito della **sicurezza alimentare** (P.A.A.) hanno trovato attuazione al 100%, sia per quanto riguarda gli obiettivi a più immediato impatto sullo stato di benessere della popolazione (attività di controllo sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano per verificarne la conformità ai criteri di sicurezza; attività previste dal Piano Nazionale Residui), che per quanto riguarda obiettivi di natura gestionale (alimentazione del sistema informativo regionale).

Nell'ambito delle attività di prevenzione rientrano fra i livelli essenziali di assistenza gli **screening oncologici** per tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto; la diagnosi precoce, che le campagne di screening consentono di implementare, è in grado di ridurre la mortalità per le sopra citate patologie. Nel 2021 sono stati raggiunti significativi risultati oltre ai valori medi regionali.

### 3. Assistenza Distrettuale

**L'assistenza primaria distrettuale** è assicurata dai Distretti Sanitari realizzando un elevato livello di integrazione tra le strutture che erogano prestazioni sanitarie e tra queste ed i servizi socio assistenziali, offrendo una risposta coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione. Include tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio:

Il DPCM 12 gennaio 2017 individua, inoltre, le categorie di cittadini a cui va garantita l'assistenza sociosanitaria, cioè le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute associando azioni di supporto e di protezione sociale alle prestazioni sanitarie:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- malati in fine vita
- persone con disturbi mentali
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo
- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità.

Assistenza distrettuale Attività e servizi
Assistenza sanitaria di base (erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta)
Continuità assistenziale (l'assistenza di base nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi, e l'assistenza ai turisti)
Emergenza sanitaria territoriale (stabilizzazione delle condizioni del malato e trasporto presso il presidio ospedaliero, coordinata dalla Centrale operativa 118), e assistenza sanitaria in occasione di maxi emergenze, eventi o manifestazioni
Assistenza farmaceutica (erogazione dei medicinali attraverso le farmacie convenzionate e le farmacie direttamente gestite dalle ASP e dagli ospedali)
Assistenza integrativa (erogazione di dispositivi medici e di alimenti particolari) a specifiche categorie di pazienti
Assistenza specialistica ambulatoriale (prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai medici specialisti ambulatoriali)
Assistenza protesica (erogazione di protesi, ortesi, ausili tecnologici e dispositivi medici a persone con disabilità permanenti)
Assistenza termale (erogazione di cicli di prestazioni terapeutiche in ambiente termale a specifiche tipologie di pazienti)
Cure domiciliari alle persone non autosufficienti affette da malattie croniche;
Assistenza alle donne, alle coppie, alle famiglie e ai minori, per la tutela della gravidanza e della maternità, la procreazione responsabile, il supporto all'affidamento e all'adozione, la prevenzione degli abusi e della violenza nell'ambito familiare, ecc. (consultori familiari)
Cure palliative in ambito domiciliare e residenziale alle persone nella fase finale della vita (Unità di Cure palliative e Hospice)
Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ai minori per la prevenzione e il trattamento di disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (Servizi di Neuropsichiatria infantile; comunità terapeutico-riabilitative)
Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (Servizi di salute mentale, comunità terapeutico-riabilitative, e socio-riabilitative)
Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità (Servizi di riabilitazione, strutture di riabilitazione intensive, estensive e di mantenimento delle abilità funzionali)
Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche (Servizi per le dipendenze, comunità terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative)

Si riportano alcuni dati relativi l'assistenza distrettuale.

Relativamente **l'Assistenza Sanitaria di base**, nell'anno 2021, l'ASP di Enna ha operato mediante 131 Medici di Medicina Generale (MMG) e 22Pediatri di Libera Scelta (PLS) per una popolazione assistita rispettivamente di 134.145 e 14.964 unità.

<b>Servizi di Continuità Assistenziale</b>	
Punti Guardia medica	22
Medici Titolari	104
Ore totali	150.718
Contatti effettuati	37.871
Ricoveri prescritti	611
Ore di apertura del servizio	128.017

### **Assistenza Domiciliare Integrata**

Al fine di garantire un adeguato sostegno al paziente con particolari necessità assistenziali sono garantiti diversi servizi gratuiti forniti a domicilio, differenziati a seconda delle esigenze del cittadino. Si riportano alcuni dati relativi all'anno 2021 (Flusso SIAD):

<b>Assistenza domiciliare Integrata</b>	
Casi Trattati	N.ro
Anziani	1779
Malati terminali	301
Altri soggetti	==
Totale	2080

<b>Accessi personale medico</b>	
Anziani	4150
Malati terminali	3307
Totale	7457

<b>Dati di attività</b>	<b>Terapisti Riabilitazione</b>	<b>Infermieri professionali</b>	<b>Altri Operatori</b>	<b>Totale</b>
Ore di assistenza erogata	40.621	31.273	25.357	97.251
Accessi degli operatori	52.764	51.246	26.970	130.980

<b>Nuove attivazioni Cure Palliative</b>	<b>Proroghe</b>
283	289

### Assistenza residenziale agli anziani e disabili

L'ASP di Enna gestisce 60 posti a gestione pubblica diretta e 38 a gestione privata accreditata:

Distretto di Piazza Armerina:

R.S.A. pubblica "Flavia Martinez", allocata presso l'ex Ospedale Rosina di Natale di Pietraperzia,

Distretto di Agira:

- R.S.A. pubblica, presso il P.O. "Ferro Branciforte Capra" di Leonforte

- R.S.A. a gestione privata accreditata "Villa Maria – Salustra SRL", sita in Leonforte

Dati RSA anno 2021			
	RSA Pietraperzia	RSA Pubblica Leonforte	RSA Villa Maria
N. posti letto	40	n. d.	n. d.
Giorni di degenza	8748	n. d.	n. d.
N. ammissioni	58	n. d.	n. d.
N. dimissioni	49	n. d.	n. d.

### Gestione e governo epidemiologico della pandemia

In particolare, si evidenzia l'istituzione ed il governo di **cinque USCA**, di cui una di pronto intervento, che hanno registrato le seguenti attività:

DESCRIZIONE	2020	2021
Visite effettuate	7.883	19.411
Pazienti seguiti	8.676	27.388
Tamponi richiesti	12.266	29.840
Contatti telefonici	18.825	102.094

La gestione **epidemiologica di prevenzione, sorveglianza** e governo dei focolai per il contrasto della diffusione dell'epidemia nel territorio di competenza di questa Azienda, ha richiesto un'organizzazione di carattere eccezionale mediante la costituzione di una task force aziendale ad hoc, di carattere multidisciplinare, per garantire le attività richieste in attuazione delle direttive inerenti ai suddetti provvedimenti e una costante rilevazione e trasmissione dei dati alle istituzioni preposte al coordinamento regionale e nazionale.

Di seguito si sintetizzano le attività svolte e il volume dei servizi erogati:

DESCRIZIONE	Numero
Casi totali gestiti	114.783
Tamponi eseguiti	322.429
Campagne di screening	37
Tamponi Salivari	1.200
Tamponi sequenziali	1.348

Al fine di conferire un'organizzazione strutturata orientata al governo della **gestione dei casi acuti** inerenti alla patologia da Covid-19, la Direzione Aziendale, in data 10 aprile 2020, ha emanato una direttiva per l'istituzione di una Unità di Crisi Aziendale covid-19 e per la organizzazione dell'assetto ospedaliero secondo le esigenze espresse dai provvedimenti sopracitati. Si riporta una sintesi del volume dei ricoveri trattati:

DESCRIZIONE	2020			2021			Totale
	Residenti	Non Residenti	Totale	Residenti	Non Residenti	Totale	
Ricoveri covid	331	33	364	407	100	507	<b>871</b>
Ricoveri non covid	10.891	1.975	12.866	11.638	2.664	14.302	<b>27.168</b>
<b>Totale</b>	<b>11.222</b>	<b>2.008</b>	<b>13.230</b>	<b>12.045</b>	<b>2.774</b>	<b>14.809</b>	<b>28.039</b>

**La campagna vaccinale anti-covid** in Sicilia è iniziata in data 27/12/2020. Questa Azienda seguendo le direttive assessoriali ha istituito 4 punti vaccinali nell'ambito del territorio dell'ASP e per potenziare la campagna vaccinale, così come previsto dalle disposizioni regionali, è stata particolarmente promossa la vaccinazione di prossimità in ogni singolo Comune afferente al territorio, ha assicurato la vaccinazione nelle RSA, CTA, Strutture di accoglienza, Carceri e a domicilio per le fasce deboli della popolazione (over 80 e altamente fragili). Inoltre ha promosso e attuato i protocolli regionali per la vaccinazione mediante MMG e le farmacie.

Di seguito si sintetizzano i dati inerenti le vaccinazioni anti-covid erogate dai centri aziendali.

SOMMINISTRAZIONI EROGATE	
Sede di vaccinazione	Numero
Centri vaccinali	279.642
Prossimità	31.126
Domiciliari	7.682
RSA/CTA	4.126
Carceri	507
Farmacie	23.443
MMG	2.068
<b>Totale</b>	<b>348.594</b>

RESIDENTI VACCINATI IN TERZA DOSE PER FASCE DI ETÀ			
Fascia di età	Popolazione Target	Vaccinati in terza dose	
		Vaccinati	%
dic-17	4.716	2.769	58,72%
18-59	64.245	44.026	68,53%
Over 60	44.366	36.734	82,80%
<b>Totale</b>	<b>113.327</b>	<b>83.529</b>	<b>73,71%</b>

<b>RESIDENTI VACCINATI CON CICLO PRIMARIO PER FASCE DI ETÀ</b>					
<b>Fascia di età</b>	<b>Popolazione Target</b>	<b>Vaccinati con almeno una dose</b>		<b>Vaccinati in ciclo primario completo</b>	
		<b>Vaccinati</b>	<b>%</b>	<b>Vaccinati</b>	<b>%</b>
05-nov	9.371	2.169	23,15%	1.869	19,94%
dic-59	95.683	81.240	84,91%	81.136	84,80%
Over 60	49.874	48.984	98,22%	49.030	98,31%
<b>Totale</b>	<b>154.928</b>	<b>132.393</b>	<b>85,45%</b>	<b>132.035</b>	<b>85,22%</b>

## Sezione 2 – Valore pubblico – Performance – Anticorruzione

### 2.1 Valore Pubblico

Anche le Pubbliche Amministrazioni e le Aziende non profit devono produrre "VALORE" nel senso che devono essere "UTILI" a soddisfare i bisogni di carattere pubblico o di pubblico interesse o solidaristico.

L'Azienda pubblica produce valore se è in grado di erogare servizi di qualità e se persegue e consegue un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e di stakeholder.

Il livello di EFFICIENZA ed EFFICACIA della gestione aziendale è correlato alla capacità di dare risposte positive ai bisogni degli stakeholder e per fare ciò l'Azienda deve avere la capacità di operare senza accumulare perdite, ossia conseguendo l'equilibrio di bilancio.

Creare valore pubblico significa, quindi, riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholder in genere) e del contesto aziendale.

Necessita valutare la performance aziendale anche "**dal lato della domanda**" (ovvero delle opportunità di tutela di cui godono i cittadini), non ci si deve limitare a misurare il raggiungimento degli obiettivi di Sanità Pubblica, ma occorre guardare al fenomeno Salute in una accezione olistica.

In tale ottica, si ritiene che il fattore fondamentale per il successo dell'Azienda è costituito dalle persone che in essa operano, dalle competenze che la contraddistinguono, dal loro desiderio di collaborare attivamente al successo dell'Azienda che considerano comune al fine di trarne un beneficio anch'esso comune.

A tal fine è necessario acquisire, a tutti i livelli, conoscenza e consapevolezza del contesto interno ed esterno in cui opera l'Azienda, avere conoscenza della domanda di salute, dell'offerta potenziale dell'acquisizione dei dati e delle informazioni disponibili.

In tale ottica, l'impegno dell'Azienda è rivolto allo sviluppo tra i dipendenti di una nuova forma mentis, di un nuovo atteggiamento mentale che deve diventare cultura aziendale.

Come indicato nelle Linee Guida n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica "*La fase della programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi*"

La programmazione ed il controllo aziendale costituiscono gli strumenti essenziali e fondamentali della gestione aziendale in quanto aiutano ad acquisire conoscenza e consapevolezza.

#### **Le strategie di valore pubblico**

Il valore pubblico che l'Azienda vuole perseguire nel triennio 2022/2024, in coerenza con la pianificazione triennale regionale, si riassume nelle seguenti quattro Linee Strategiche:

1. Obiettivi di Programmazione regionale
2. Obiettivi di Efficienza ospedaliera
3. Obiettivi di Efficienza territoriale
4. Obiettivi di Efficienza Amministrativa

Le suddette Linee Strategiche si articolano in obiettivi che l'ASP svilupperà in aderenza agli atti di programmazione nazionali e regionali orientandoli in termini di accessibilità, qualità, efficacia e sostenibilità.

Lo sviluppo delle suddette linee strategiche è stato attuato in una visione di azione sinergica e di coordinamento, in modo che con una visione olistica della gestione, il valore pubblico complessivamente generato sia superiore al valore apportato dalla singola azione programmata.

Nello sviluppo delle suddette linee strategiche si è avuto un approccio alla realizzazione della mission con un'ottica orientata agli stakeholder considerati come segue:

1. diretti fruitori del servizio
2. non diretti fruitori del servizio

Quanto sopra perché si è ritenuto che il valore pubblico della gestione dei servizi sanitari non si esaurisce solo nel soddisfacimento dei bisogni di salute che creano la domanda, ma trova riscontro anche nella maggioranza dei cittadini che, pur non avendo creato domanda di salute, hanno comunque sostenuto l'onere del finanziamento del servizio pubblico.

A tale onere è necessario far corrispondere un maggiore valore pubblico del servizio erogato affinché venga realmente percepita l'importanza del SSN la cui attività produce benefici diffusi in quanto incidono positivamente sul benessere collettivo e sulla produttività economica complessiva, più di quanto possa incidere negativamente l'onere per finanziare il sistema sanitario pubblico.

La recente emergenza pandemica ha dato evidenza come una minore mobilità fisica abbia impattato positivamente sull'ambiente riducendo l'utilizzo di fonti inquinanti.

Pur non di meno, l'attività economica ha continuato con forme di digitalizzazione che hanno consentito, con minore impatto ambientale, di ottenere livelli di efficacia e di efficienza anche maggiori rispetto ai livelli precedenti (CUP, smart working, il portale del Cittadino).

La definizione della strategia per creare valore pubblico è stata già orientata e continuerà verso politiche rivolte a facilitare i rapporti con gli utenti, gli stakeholders e la comunità locale attraverso:

- la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità interne quale leva per accrescere il benessere interno;
- la individuazione di nuove soluzioni organizzative, anche agendo sulla riorganizzazione delle strutture aziendali e sulle sue responsabilità;
- il potenziamento e l'utilizzo delle tecnologie più avanzate,
- l'implementazione delle competenze digitali e professionali,
- la definizione di nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure;
- la riduzione dell'accesso fisico agli uffici, ottimizzando i processi burocratici nell'ottica della semplificazione amministrativa;
- maggiori e più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e degli utenti;

## **La trasformazione digitale**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, non perdendo di vista la Mission generale di tutela della salute individuale e collettiva della popolazione residente nell'ambito territoriale di competenza, agisce sulla riorganizzazione e sull'informatizzazione dei processi aziendali al fine di utilizzare la digitalizzazione quale strumento di miglioramento della qualità dei servizi pubblici erogati in termini di efficienza ed efficacia.

L'Unità Operativa di Gestione Rete e Dati agisce in diversi ambiti sulla base di obiettivi volti a rispondere alle esigenze e alle aspettative dei diversi stakeholders coinvolti e interessati alla qualità e all'efficienza dei servizi erogati dall'Azienda.

Di seguito è illustrata una panoramica degli ambiti oggetto della transizione digitale, con il dettaglio degli interventi effettuati e da completare.

## AMBITO CLINICO-SANITARIO

In ambito clinico-sanitario gli strumenti informatici si stanno rivelando sempre più indispensabili per una più facile e fluida gestione del paziente sia in un contesto ospedaliero che in un contesto territoriale.

A livello applicativo, in tutti i presidi ospedalieri di codesta Asp, sono presenti i sistemi digitali di diagnostica LIS, RIS/PACS e Anatomia Patologica con funzionalità base di Accettazione del paziente, Gestione delle prestazioni, Produzione di un referto per la consegna al paziente, Reportistica ed Estrapolazione dati. Tali sistemi presentano altresì attive le integrazioni con il modulo di reparto Order Entry, il Fascicolo Sanitario Elettronico e l'applicativo di Pronto Soccorso. In aggiunta è attiva l'integrazione tra il sistema il sistema CUP ed i sistemi di gestione ambulatoriale, LIS, RI/PACS ed altri sistemi collegati al CUP/TICKET.

I progetti di intervento prevedono l'aggiornamento tecnologico dei sistemi in essere con l'ampliamento del sistema LIS in Laboratorio Unico, l'evoluzione del sistema di Anatomia patologica introducendo la gestione delle immagini PACS e l'ampliamento del sistema RIS/PACS attraverso l'acquisizione di materiale HW a supporto dell'attività clinica e chirurgica.

Con riferimento all'attività sanitaria legata alla somministrazione del farmaco, si prevede lo sviluppo e il miglioramento della gestione logistica del farmaco esistente e l'automazione del magazzino farmaceutico attraverso l'acquisizione di armadi e carrelli informatizzati per la gestione della terapia e la somministrazione del farmaco, introducendo i relativi software di gestione.

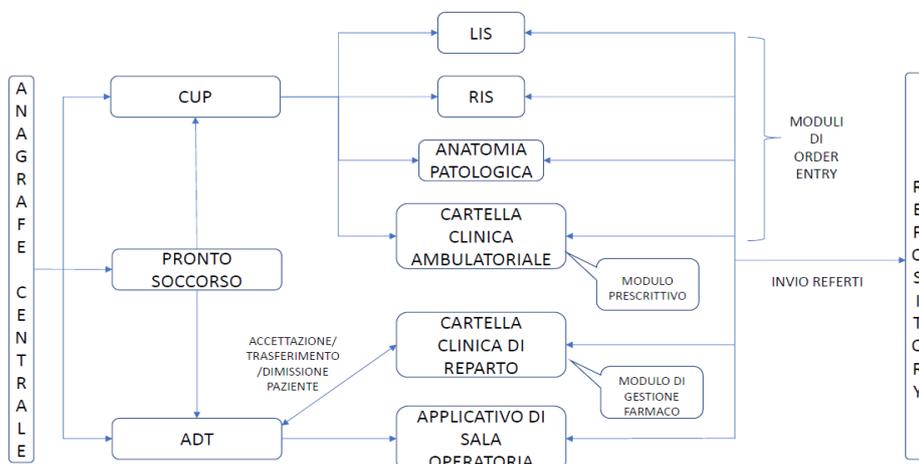
In riferimento agli applicativi clinici, è presente il sistema di Pronto Soccorso, l'applicativo dei Blocchi Operatori e la Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera corredata dai moduli ADT, MPI, Order Entry di reparto. Con riferimento particolare alla Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera, questa risulta completamente attiva nel U.O.C. di Cardiologia, con previsione di potenziamento e configurazione della piattaforma esistente su tutti i reparti ospedalieri.

I Centri Trasfusionali Aziendali sono dotati di un applicativo dedicato sia alla gestione del paziente ricoverato, sia alla gestione dell'utente esterno, sia alla gestione del donatore. Tale applicativo è perfettamente integrato con i sistemi LIS, CUP e di Cartella Clinica Ospedaliera.

In riferimento all'attività clinica dei Blocchi Operatori, è presente l'applicativo di programmazione della lista operatoria. Si vuole potenziare la piattaforma esistente attraverso la compilazione informatizzata del registro operatorio e l'Introduzione di un sistema di video registrazione da utilizzare per gli interventi in open.

Infine, si vuole dotare l'UTIC di un sistema completo di monitoraggio del paziente attraverso l'acquisizione di apparecchiature elettromedicali e l'aggiornamento tecnologico di software e hardware già in dotazione.

Di seguito una mappatura di massima degli applicativi sanitari presenti in Azienda con il dettaglio delle loro relazioni:



## AMBITO INFRASTRUTTURALE E DI CONSERVAZIONE E SICUREZZA DEI DATI

A supporto dell'attività clinica, nell'ottica di estensione della Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera a tutti i reparti, si rende necessario l'incremento del numero delle postazioni di lavoro e il potenziamento dell'infrastruttura Server e di rete con specifici interventi di:

- Porting datacenter SIO e cartella clinica in cloud opportunamente dimensionato per piattaforme software aziendale e l'implementazione di B.C. e D.R.;
- Potenziamento dell'infrastruttura server in riferimento alla piattaforma software repository documentale e al portale di gestione e consegna referti on line;
- Evoluzione e ridondanza del DataCenter per Business Continuity attraverso il potenziamento dell'infrastruttura server e dei sistemi di backup;
- Aggiornamento del cablaggio e sostituzione degli switch di rete nei rack di reparto per connettività gigabit (client) sull'Infrastruttura di rete e WI-FI.

Lo sviluppo delle infrastrutture digitali è parte integrante della strategia di modernizzazione aziendale in quanto devono essere affidabili, sicure e sostenibili economicamente per garantire i servizi essenziali ai cittadini.

L'evoluzione tecnologica espone sicuramente a diversi rischi soprattutto legati alla conservazione dei dati e alla loro tutela e protezione.

L'Azienda, con l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica, tiene quindi conto delle indicazioni del regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (GDPR) riguardanti i diritti del cittadino in riferimento sia al Dossier Sanitario Aziendale sia al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Inoltre, a seguito dello stato di emergenza dichiarato a partire dal mese di marzo dell'anno 2020 dovuto alla pandemia Covid-19, codesta Asp, come altre aziende del settore pubblico e privato, ha introdotto la modalità di telelavoro per i propri dipendenti. Nell'ottica attuale e futura che tale modalità continui ad essere adottata in Azienda, si rende necessario un aggiornamento tecnologico a livello network dell'infrastruttura esistente, con particolari interventi di:

- Introduzione di un sistema di autenticazione e di controllo utenti per l'accesso remoto ai sistemi aziendali, anche per la modalità di smart-working;
- Inserimento di un sistema di ottimizzazione e messa in sicurezza degli eventi e degli accessi per la protezione dei canali e-mail, web e dati.

L'obiettivo finale è il potenziamento del sistema informativo aziendale ad ampio raggio con interventi di aggiornamento tecnologico infrastrutturale, sistemistico e su sistemi applicativi, in un'ottica di supporto a tutta l'attività sanitaria ospedaliera, clinica e chirurgica, ponendo l'attenzione all'attività diagnostica e non trascurando l'ambito terapeutico di prescrizione e somministrazione dei farmaci.

## AMBITO AMMINISTRATIVO – CONTABILE

In ambito amministrativo-contabile l'Asp di Enna ha puntato sull'efficientamento e la semplificazione dei processi aziendali, introducendo la digitalizzazione dei documenti cartacei e rendendo più fluide le comunicazioni. L'obiettivo è quello sia di migliorare la produttività e la qualità del lavoro dei propri dipendenti, sia di semplificare le relazioni tra Azienda Sanitaria e impresa e Azienda Sanitaria e cittadino.

Di seguito sono elencate tutte le aree di intervento interessate dalla digitalizzazione con le eventuali e possibili prospettive di sviluppo nell'immediato futuro:

- Gestione informatizzata degli ordini NSO con ordinazione semplice, completa o pre-concordata e invio dei documenti al sistema di conservazione;
- Fatturazione elettronica con servizio di intermediazione B2B e B2C;
- Utilizzo del protocollo informatico ad ampio raggio sia a livello interno che a livello esterno;
- Gestione documentale e pubblicazione delle delibere e delle determinazioni su albo pretorio online;
- Sistema contabile e Budget con gestione della contabilità generale e analitica;

- Gestione del magazzino generale;
- Gestione del magazzino di reparto e introduzione degli armadietti di reparto;
- Gestione del portale del dipendente con gestione giuridica ed economica del personale sia dipendente che convenzionato;

Gli sviluppi futuri prevedono una completa informatizzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, con conservazione a norma di tutti i documenti. In particolare l'obiettivo è quello di fornire servizi digitali evoluti per il personale, i partner di filiera e diffondere in tutta l'azienda i Sistemi di Business Intelligence.

#### AMBITO DI ACCOGLIENZA E RELAZIONE CON IL CITTADINO

L'ottimizzazione della qualità dei servizi pubblici digitali è una premessa indispensabile per l'incremento del loro utilizzo da parte degli utenti. Pertanto l'Asp di Enna ha pianificato una serie di interventi volti a migliorare l'approccio del cittadino con l'Azienda sia all'interno delle sue strutture sia all'esterno.

In particolare, l'utente che ha necessità di prenotare una visita, oltre ad usufruire del numero telefonico dedicato, può fin d'ora accedere al servizio di prenotazione online con visione di tutti i presidi ospedalieri e territoriali dell'ambito provinciale e gestione della modifica o annullamento della prenotazione. Inoltre il sistema si è evoluto verso con applicazione di SovraCup Regionale, il sistema regionale di condivisione e prenotazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie delle strutture del Sistema Sanitario Regionale.

Altro servizio fornito all'utente è la disponibilità dei referti online con invio sulla propria mail direttamente dal gestionale interno dell'Azienda. Al momento tale sistema è attivo per le prestazioni di Laboratorio Analisi, ma è prevista la diffusione in tutta l'Azienda.

Il nuovo sito web, già pienamente operativo, è in fase di ammodernamento per fornire all'utente informazioni chiare con rapido accesso a tutti i servizi online attivi. L'obiettivo è la semplificazione dell'interazione tra Azienda Sanitaria e cittadino e/o impresa, sia per l'utilizzo del sito che per il reperimento delle informazioni.

È in corso di evoluzione il consolidamento delle piattaforme nazionali come SPID, PagoPA e FSE, volto ad aggiungere nuove funzionalità e ad adeguare costantemente la tecnologia utilizzata e i livelli di sicurezza.

#### AMBITO DI INNOVAZIONE – TELEMEDICINA

La telemedicina è l'erogazione a distanza di assistenza sanitaria di servizi e informazioni cliniche che utilizzano la tecnologia delle telecomunicazioni. Ciò include una vasta gamma di servizi clinici che utilizzano internet, wireless, satelliti e supporti telefonici.

Anche alla luce della recente pandemia Covid-19 che ha radicalmente cambiato il modo di relazionarsi e ha reso necessario l'introduzione di vari sistemi informatici per garantire il servizio di assistenza al paziente anche da remoto, L'Asp di Enna ha posto l'accento sull'introduzione e la diffusione della telemedicina per ridurre le ospedalizzazioni e gestire i pazienti cronici polipatologici a distanza.

Il progetto in fase iniziale e sperimentale sarà dedicato a un limitato numero di pazienti e consentirà un accesso facilitato alla metodica diagnostica con maggiore frequenza di controllo e riduzione dei disagi legati alle possibili difficoltà logistiche per raggiungere la struttura ospedaliera.

La televisita al domicilio del paziente consente agli attori del processo assistenziale, medici, infermieri e paziente, di realizzare fin da subito un contatto visivo che umanizza e migliora la gestione della malattia e la compliance alle cure prescritte in ospedale.

L'attivazione sperimentale delle proposte assistenziali sopra descritte, richiedono un adeguato dimensionamento della banda di connessione che deve essere in grado di sostenere più televisite anche contemporaneamente. Le problematiche relative alla difficoltà di utilizzo dei dispositivi da parte del paziente potranno essere segnalati a un tecnico disponibile in collegamento telefonico.

L'istituzione delle COT (centro operativo territoriale) dovrebbe prendere in carico le segnalazioni degli allarmi provenienti dai dispositivi in dotazione al paziente nel momento in cui i progetti anzi descritti evolveranno dalla fase sperimentale a quella di produzione.

In generale la telemedicina si pone i seguenti obiettivi con evidenti vantaggi sia per l'Azienda che per il paziente:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbidità) tale da consentire la riduzione delle ospedalizzazioni;
- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extra ospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalle condizioni di stabilità;
- fornire al paziente e ai suoi famigliari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia;
- aumentare la compliance motivazionale alle cure e alla gestione della patologia cronica
- Maggior numero di pazienti raggiunti con diminuzione delle liste attese;
- Ottimizzazione delle risorse (maggior numero di trattamenti, distanze annullate, trattamento simultaneo di due pazienti...);
- Misurazione oggettiva e quantitativa dell'efficacia del trattamento.

I percorsi di transizione digitale che sono stati descritti e che coinvolgono tutti gli ambiti aziendali, sono obiettivi dell'Unità Operativa di Gestione Rete e Dati, ma si inseriscono nella mission strategica dell'Azienda in quanto rappresentano un impulso decisivo per il rilancio della competitività e della produttività aziendale. Tali obiettivi potranno essere raggiunti solo attraverso azioni di sensibilizzazione e di formazione che coinvolgano in primo luogo i dipendenti della Pubblica Amministrazione.

## 2.2 Performance

Il Piano Performance rappresenta in modo schematico ed integrato il collegamento tra le linee programmatiche regionali e la programmazione aziendale al fine di garantire una visione unitaria e facilmente comprensibile della performance attesa dell'ASP di Enna.

Gli Obiettivi di programmazione regionale vengono assegnati alle aziende sanitarie con valenza temporale triennale e monitorate nel corso dell'anno e con valutazione annuale.

Il presente documento dà evidenza della programmazione avviata nel triennio 2019/2021 e declinata in obiettivi strategici e operativi che, in quanto attuali, secondo la logica dello scorrimento in progress, continuano ad essere sviluppati, revisionando gli indicatori ed i valori attesi a seguito dei risultati raggiunti, dell'evoluzione delle contingenze attuali inerenti alla gestione della pandemia Covid – 19, delle variazioni comunicate dall'Assessorato in merito a specifici obiettivi indicati nel documento regionale " Obiettivi di Salute e Funzionamento" ( ad es. in ordine al Fascicolo Sanitario Elettronico, il sovraffollamento del Pronto Soccorso etc), e delle nuove esigenze aziendali.

A seguito dell'emergenza sanitaria, ancora oggi i dati di attività, sebbene in ripresa, non hanno raggiunto i livelli del 2019 e, pertanto, la Direzione ha riprogrammato i processi e l'offerta sanitaria per rispondere ai nuovi bisogni dei cittadini, in un'ottica di miglioramento continuo per la salvaguardia dei livelli standard assistenziali legati ai LEA.

### **L'Albero della Performance**

La Direzione Aziendale, sentiti i Direttori di Dipartimento e con il supporto del Controllo di Gestione, tenendo conto degli obiettivi assegnati dall'Assessorato della Salute, delle esigenze rilevate a livello Aziendale, anche attraverso la rilevazione della qualità percepita dagli utenti, definisce gli obiettivi strategici che si intendono

sviluppare nel triennio e ne individua l'afferenza alle Linee Strategiche.

Ad ogni obiettivo strategico vengono associati uno o più obiettivi operativi con specifici indicatori di risultato, misurabili, quantitativi o qualitativi, il valore atteso, una o più strutture responsabile dell'obiettivo, eventuali note utili alla comprensione e/o misurazione del risultato se necessario.

Le Linee strategiche individuate per il triennio 2022/2024, gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi costituiscono l'Albero della Performance, ossia la Mappa logica degli obiettivi che viene riportata nell'allegato A "Gerarchia degli obiettivi".

Dalla suddetta mappa si estrapolano gli obiettivi operativi che vengono attribuiti ad ogni struttura aziendale competente, in sede di negoziazione di budget.

**Tavola 1**  
**L'albero della performance:**  
**il collegamento tra mission e linee strategiche**



## Tavola 2

### L'albero della performance:

il collegamento tra linee strategiche e obiettivi strategici

#### LS01 Obiettivi di programmazione regionale

- OS Esiti
- OS Fascicolo sanitario Elettronico
- OS Sovraffollamento nei Pronto Soccorso
- OS Garantire gli standard e requisiti nei Punti Nascita
- OS Piano Attuativo Aziendale
- OS Screening
- OS Liste d'Attesa
- OS Prescrizioni Dematerializzate
- OS Percorso Attuativo certificabilita' ( PAC)
- OS Sorveglianza dei Flussi
- OS Equilibrio di Bilancio

#### LS02 Efficienza assistenza ospedaliera

- OS Assicurare la prevenzione in ambito ospedaliero
- OS Garantire l'assistenza a domicilio del paziente Migliorare la correlazione tra attività di reparto e la reale esigenza clinica
- OS Migliorare l'efficienza dei servizi diagnostici
- OS Migliorare l'efficienza dei servizi di supporto e delle degenze
- OS Ottimizzare la correlazione tra attività di reparto e la reale esigenza clinica
- OS Qualità e Rischio Clinico
- OS Sviluppare percorsi formativi e di aggiornamento del personale

#### LS03 Efficienza assistenza territoriale

- OS Migliorare i percorsi assistenziali territoriali e l'erogazione dei servizi sanitari di prevenzione ed assistenza
- OS Integrazione Ospedale/territorio: Avvio corsi di accompagnamento alla nascita ( CAN) integrati con gli operatori Ospedalieri
- OS Piano di Miglioramento dei flussi gestiti dai servizi territoriali
- OS Prevenzione e Sanità Pubblica Veterinaria
- OS Prevenzione e Promozione della Salute in ambito Territoriale
- OS Prevenzione nei luoghi di lavoro
- OS Qualità e rischio clinico

#### LS04 Efficienza processi amministrativi

- OS Aggiornamento dell'inventario
- OS Anticorruzione e Trasparenza
- OS Applicazione norme contrattuali
- OS Efficienza programmazione delle risorse umane
- OS Garantire l'efficienza dei processi amministrativi negli standard richiesti dalla normativa e dai regolamenti interni
- OS Piano di miglioramento dei flussi gestiti dai servizi amministrativi
- OS Piano di miglioramento dei flussi gestiti dai servizi amministrativi
- OS QUALITA' E RISCHIO CLINICO

### Obiettivi operativi

Gli Obiettivi strategici sopracitati sono stati declinati in azioni che costituiscono gli obiettivi operativi, assegnati per competenza, durante la fase di negoziazione, ai Responsabili dei Centri di Negoziazione (CdN), articolazioni interne dell'Azienda (Dipartimenti, Unità Operative complesse, semplici dipartimentali) definendone indicatori e valori attesi.

Gli obiettivi operativi negoziati, a vantaggio dell'immediatezza espositiva, sono riportati con maggiore dettaglio nell'allegato A "Gerarchia degli obiettivi"

## **Obiettivi individuali**

Il contributo di ciascun dipendente al conseguimento degli obiettivi dell'area struttura cui afferisce rappresenta la performance individuale; presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una comune visione dell'operatività basata sull'integrazione e sulla sinergia di differenti professionalità.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) rappresenta, quindi, uno strumento di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Il Regolamento Aziendale per la Misurazione e la Valutazione della Performance, adottato con Delibere n.881 del 01.08.2019 e Delibera n. 1515 del 23.12.2019, prevede le modalità di assegnazione degli obiettivi a ciascun dipendente, specifica gli ambiti di valutazione ed i relativi pesi, differenti per i vari ruoli professionali, i criteri della valorizzazione dell'apporto dato, a consuntivo, da ciascuno al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Unità operativa,

I dirigenti responsabili dei Centri di Negoziazione sono valutati in termini di performance individuale sulla base del contributo fornito per il conseguimento degli obiettivi di performance organizzativa dettagliati nelle schede di budget; il SMVP definisce gli altri ambiti di valutazione che riguardano la qualità del contributo alla performance dell'U.O., le competenze manageriali, le competenze professionali, la capacità di valutare i propri collaboratori.

Attraverso un processo a cascata gli obiettivi della struttura vengono tradotti dal Responsabile dell'Unità operativa in azioni che coinvolgono tutto il personale che opera nella stessa. A tutti i dipendenti saranno assegnati uno o più obiettivi individuali coerenti con gli obiettivi negoziati.

Non appena il processo di negoziazione degli obiettivi sarà formalmente concluso, i dirigenti valutatori potranno definire l'assegnazione degli obiettivi individuali con il supporto della procedura informatica il cui impiego è già stato oggetto di attività di formazione rivolta a tutti i dirigenti di UOC, valutatori.

Il Piano Aziendale Anticorruzione ha definito l'obbligo per i Responsabili delle strutture di assegnare a tutti i dipendenti, quale obiettivo individuale, il rispetto del Codice di Comportamento e per i Dirigenti l'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione dei dati di pertinenza del servizio sul sito istituzionale, come richiesto dalla legge 33/2013 in materia di trasparenza.

## **Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio**

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5, c. 1 e art.10 c.1 lett.a D.lgs. 150/2009).

Si tratta di un principio di fondamentale importanza, perché un sistema di obiettivi è realmente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio.

Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale e non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate.

L'U.O. Controllo di Gestione provvede a segnalare al Servizio Economico Finanziario eventuali fabbisogni emersi nel corso delle negoziazioni di budget.

La Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale per la determinazione dell'impatto economico degli stessi sul bilancio.

Il Servizio Economico Finanziario vigila sul corretto utilizzo delle risorse economiche stabilite, che costituiscono

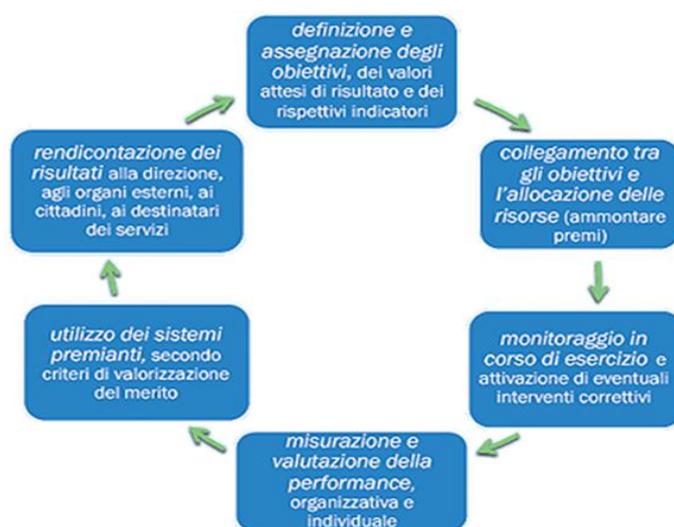
limiti di spesa.

In tale ambito la rendicontazione dei finanziamenti assegnati a carico degli obiettivi del PSN, la realizzazione dei lavori pubblici inseriti nella programmazione annuale, l'acquisizione di beni e servizi necessari per la realizzazione degli obiettivi, i limiti normativamente imposti sul costo del personale, rappresentano un esempio del legame tra bilancio e obiettivi aziendali.

In atto sono state attribuite le risorse economiche per l'anno 2022 in via provvisoria giusta Delibera n.24/2022.

## Ciclo di gestione della performance

Le modalità di costruzione del sistema obiettivi sopra descritto garantisce la coerenza tra gli indirizzi strategici e le azioni finalizzati ad ottenerli (obiettivi operativi).



### Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance

In continuità con le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance avviate nel 2019 e coerentemente con quanto definito nel nuovo Regolamento del SMVP, nel triennio 2022/2024 l'Azienda si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- miglioramento qualitativo dei flussi che alimentano il sistema di misurazione della performance organizzativa
- maggiore tempestività nel monitoraggio intermedio
- miglioramento della coerenza tra obiettivi di performance individuale e obiettivi di performance organizzativa

## Monitoraggio della performance

Il Controllo di gestione procede al monitoraggio trimestrale al fine di verificarne lo stato di avanzamento, e procede alla rendicontazione finale del raggiungimento degli obiettivi con verifica dei dati in possesso dello stesso o acquisendo le attestazioni dai soggetti certificatori come indicato nella scheda budget per ogni obiettivo.

La fase propedeutica del monitoraggio, ossia la rilevazione dei dati, è assicurata mediante la produzione di flussi informativi da parte dei Sistemi Informatici gestionali delle aree operative del cui corretto utilizzo è incaricato il responsabile delle unità operative preposte.

La fase strumentale del monitoraggio, ossia la rendicontazione, è assicurata entro le tempistiche previste dal

Controllo di gestione con un cruscotto informatico direzionale web che acquisisce i suddetti flussi informativi e li rappresenta sotto forma di informazioni grafiche e letterali.

Le risultanze finali, validate dalla Direzione Aziendale, vengono sottoposte all'OIV che ne verifica l'aderenza e la coerenza ai dettati normativa e regolamenti aziendali.

La rendicontazione di sintesi viene esposta entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, tramite la "*Relazione sulla Performance*" secondo le modalità stabilite agli articoli 6 e 10, comma 1 lett. B) del D.Lgs. 150/2009 e smi.

L'ASP di Enna intende implementare il coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa aziendale secondo quanto previsto dal D.Lgs. 74/2017, art. 7, comma 2, lett. c) e dal Dipartimento della Funzione Pubblica che nelle "Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni" n.4/2019 fornisce indicazioni metodologiche in ordine alle modalità attraverso le quali assicurare il coinvolgimento dei cittadini.

Il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti nel processo di valutazione della performance dell'Azienda consente di superare l'autoreferenzialità e orientare i sistemi di valutazione verso il miglioramento complessivo del livello di benessere.

### **La valutazione partecipativa**

L'ASP di Enna è impegnata da tempo nella implementazione di sistemi partecipati di rilevazione della qualità dei servizi erogati e del benessere organizzativo.

Le modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni ed interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa dell'Azienda.

A tal fine l'Azienda intende implementare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare forme più ampie di partecipazione.

Il processo di valutazione partecipata avverrà gradualmente nel triennio secondo il percorso sottoindicato:

- esplicitazione del modello di valutazione partecipata
- definizione degli stakeholder interessati agli obiettivi e attività aziendali
- definizione delle modalità di coinvolgimento nella valutazione partecipativa
- rilevazione attraverso supporti digitali che assicurino la massima trasparenza.

Il sistema di monitoraggio della soddisfazione dell'utente, o qualità percepita, in atto si estrinseca attraverso due macro direttrici: l'analisi dei reclami degli utenti e la conduzione delle interviste telefoniche in seguito a raccolta consensi informati.

Di seguito una sintesi delle attività promosse con il contributo dell'URP e del Servizio di Psicologia

**Reclami sottoscritti.** La reportistica relativa ai reclami sottoscritti assume una valenza oltremodo rilevante per cogliere la soddisfazione dell'utenza. Particolare valenza hanno i reclami sottoscritti dagli utenti che ritengono di avere subito un torto o un disagio a causa del disservizio che segnalano.

Occorre puntualizzare infatti che gli utenti, dopo colloquio con gli operatori URP, preferiscono segnalare la disfunzione piuttosto che presentare reclamo formale e sottoscritto. Il colloquio, infatti, oltre a stemperare lo stato d'animo della persona che ha chiamato per telefono o si è presentata direttamente presso la postazione URP, riesce a fornire gli elementi per la risoluzione immediata del problema sollevato o a fornire la prospettiva credibile di una risoluzione a posteriori.

In base alla procedura contenuta nel regolamento aziendale, il reclamo è raccolto dall'URP attraverso posta elettronica, protocollo generale, telefono o contatto diretto con l'utente: in seguito all'esame del contenuto, esso sarà inoltrato al responsabile del servizio dove l'utente sostiene aver subito il disservizio. In casi di rilevanza particolare il reclamo è indirizzato anche a organi superiori come le direzioni aziendali.

Si chiede in modo sistematico il riscontro a quanto segnalato, sottolineando come occorra rispondere all'utente.

La procedura, qui sintetizzata, prevede la chiusura con risposta indirizzata al segnalante.

I reclami raccolti sono in seguito analizzati in base a una suddivisione che consente di rappresentarli in una tabella sinottica da pubblicare annualmente sul sito aziendale per agevolarne la facile consultazione.

Nel corso dell'anno 2021, in totale, i reclami sottoscritti dagli utenti (escludendo, quindi, i verbali e i telefonici) ammontano a 132 così suddivisi:

- n. 64 raccolti presso le postazioni URP Enna (territorio e ospedale)
- n. 44 a Piazza Armerina
- n. 12 a Leonforte
- n. 12 a Nicosia.

Di essi, n. 60 hanno ricevuto risposta da parte del dirigente della struttura e/o del servizio, per una percentuale pari al 45%.

Tabella sinottica reclami sottoscritti nell'anno 2021:

<b>DISSERVIZIO LA MENTATO</b>	<b>NUMERO RECLAMI</b>	<b>%</b>
Assistenza sanitaria territoriale ritenuta insoddisfacente per più motivi (assenza specialistica, disguidi burocratici, ritardi forniture e presidi ecc.)	35	26,52
Lista di attesa per prestazioni specialistiche	8	6,06
Comportamenti ritenuti scorretti	12	9,09
Assistenza sanitaria ospedaliera insoddisfacente	11	8,33
Comfort strutture insoddisfacente	6	4,54
Disguidi per problematica COVID	50	37,88
Disguidi sistema di prenotazione	8	6,06
Comunicazioni poco chiare all'utenza	2	1,52
<b>Totale</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

**Interviste.** Nel corso del 2021, il Servizio 8 del DASOE, Assessorato Regionale della Salute, con nota n. 34650/21 inviata alle Aziende del SSR, ha interrotto l'attività di rilevazione della Qualità Percepita secondo il sistema regionale istituito a partire dal 2016 (cfr. <https://www.qualitasiciliassr.it/?q=umanizzazione-del-paziente-ricoveri-ambulatori>)

Pertanto, l'UOS URP e Comunicazione ha realizzato un piano di interviste non più agganciato al database regionale, ormai inattivo. La procedura prevede inizialmente la raccolta del consenso informato da parte dell'utente all'intervista telefonica che sarà effettuata in un secondo momento dall'operatore URP.

Il disegno della ricerca punta a rilevare la soddisfazione della prestazione ricevuta in ambito ospedaliero e ambulatoriale sulla base di un questionario con domande a risposta multipla e spazi aperti.

Nel 2021, si è puntato a indagare la percezione degli utenti in merito all'assistenza sanitaria e al Covid, introducendo, nelle ultime due domande a risposta multipla con spazio aperto, la valutazione della pandemia nei confronti del giudizio espresso in precedenza sulla qualità percepita.

Le interviste condotte sono state in totale 409, suddivise tra prestazioni ambulatoriali e ricoveri.

L'85% delle persone intervistate consiglia la struttura sanitaria dove ha ricevuto assistenza; il motivo maggiormente indicato è la competenza dei medici, seguito dalla cortesia del personale sanitario.

Il 56% degli intervistati ritiene che il Covid abbia peggiorato l'assistenza sanitaria. La percentuale, sebbene relativa a un campione di dimensioni ridotte, si abbassa notevolmente nelle risposte raccolte in riferimento all'Ospedale Umberto I di Enna dove solo tre su venti utenti ritengono che la pandemia abbia abbassato il livello dell'assistenza. Tra i motivi indicati per il peggioramento avvertito, dopo l'aumento dei tempi di attesa e la chiusura di ambulatori, nello spazio aperto è emersa anche l'insoddisfazione per l'impossibilità di dare assistenza ai parenti ricoverati a causa delle restrizioni di accesso per la fase pandemica.

### **Piano delle Azioni Positive: la Medicina di Genere**

La Medicina di Genere (MdG) si occupa delle differenze biologiche tra uomo e donna, nonché delle differenze di genere legate a condizioni socio economiche e culturali e della loro influenza sullo stato di salute e di malattia, elementi che sono punto d'interesse fondamentale per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Infatti, differenze tra uomini e donne si osservano sia nella frequenza che nella sintomatologia e gravità di numerose malattie, nella risposta alle terapie e nelle reazioni avverse ai farmaci, nelle esigenze nutrizionali e nelle risposte ai nutrienti e a sostanze chimiche presenti nell'ambiente nonché negli stili di vita, nell'esposizione a tossici e nell'accesso alle cure. Un approccio di genere nella pratica clinica permette di promuovere l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure generando un circolo virtuoso che potrebbe consentire, tra le altre cose, di non gravare sul Servizio Sanitario Nazionale. Per tale ragione, può essere determinante un approccio alla medicina che prevede l'adozione di nuove strategie sanitarie di prevenzione, diagnosi, prognosi e terapie che tengano conto delle differenze tra uomini e donne non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici.

Al fine di dare attuazione alle direttive regionali sul tema della Medicina di Genere affinché diventi patrimonio comune nelle conoscenze e nelle prassi dell'Azienda, è stato costituito il gruppo di lavoro aziendale sulla Medicina di Genere, così composto: Loredana Disimone, Direttore Dipartimento Materno Infantile, Maria Ruscica, Direttore Farmacia Ospedaliera, Maria Gabriella Emma, Direttore U.O. Formazione, Antonella Santarelli, Responsabile U.O. Comunicazione. Referente del gruppo aziendale nel tavolo regionale: dott.ssa Gabriella Emma.

Dal Gruppo di lavoro nel corso dell'anno 2021 sono state effettuate le seguenti attività.

### **Percorsi clinici realizzati**

#### **SENSIBILIZZAZIONE SULL'ENDOMETRIOSI**

Nel mese di Marzo, definito a livello nazionale il "Mese della consapevolezza dell'endometriosi", in coerenza con la con la Legge Regionale 28/2019 che ha istituito la Rete regionale per l'endometriosi, l'ASP di Enna, attraverso il Dipartimento Materno-Infantile, ha promosso diverse iniziative di informazione e sensibilizzazione con l'obiettivo di diffondere una maggiore conoscenza dei sintomi della malattia e a promuovere il ricorso alle strutture sanitarie, al fine di favorire una diagnosi precoce e prevenire le complicanze.

In particolare, in occasione della giornata del 12 marzo 2021 che l'ASP di Enna ha dedicato alle donne, sono state realizzate una serie di attività di prevenzione e promozione della salute femminile, offerte gratuitamente presso la "Stanza Rosa" adiacente al Pronto Soccorso dell'Ospedale Chiello di Piazza Armerina.

Idealmente tale giornata ha rappresentato l'avvio dei percorsi di salute dedicati alle donne secondo il nuovo concetto di 'medicina di genere', intesa quale approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e delle scienze umane basato sulle differenze biologiche, socio-culturali ed economiche e sul loro impatto negli ambiti della prevenzione, diagnosi e cura.

#### **PERCORSO VIOLENZA DI GENERE**

In sinergia con il Nucleo operativo multidisciplinare per la prevenzione e il contrasto delle violenze nei confronti delle donne dell'ASP di Enna, sono state messe in rete tutte le risorse, le strutture, le professionalità impegnate sul territorio per dare risposte e tutela alle donne vittime di abusi e violenze, coinvolgendo operatori, professionisti e responsabili di Forze dell'ordine, Medici, operatori dei Pronto Soccorso degli Ospedali dell' ASP, servizi sociali e socio-sanitari, volontariato e privato sociale della Provincia.

In particolare, sono state sviluppate le seguenti azioni;

Promozione di competenze e costruzione di un lavoro di rete condiviso culminato il 25 novembre 2021, in occasione della Giornata mondiale contro la violenza di genere, con il primo Corso di formazione aziendale "Codice rosa: il percorso condiviso della vittima di violenza di genere".

Redazione e sottoscrizione del documento "Percorso per la gestione intraospedaliera delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento Codice rosa" che rappresenta la cornice di riferimento per coloro che si ritrovano ad intervenire in situazioni di violenza sulle donne.

Concorso logo "Stanza Rosa" indetto per le scuole, con premiazione il 4 giugno c/o l'Atrio della Biblioteca Comunale di Piazza Armerina.

Partecipazione a webinar con le scuole del territorio al fine di promuovere una cultura di genere capace di valorizzare le differenze tra il maschile e il femminile, di combattere gli stereotipi, rivolgendosi principalmente ai giovani utilizzando nuovi linguaggi, quali quelli dei social-network, e di uniformare i comportamenti con un'ottica europea.

#### CANDIDATURA E ASSEGNAZIONE BOLLINI ROSA

E' stato sviluppato un percorso di revisione ed implementazione dei servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie che riguardano l'universo femminile ma anche trasversalmente uomini e donne in ottica di genere. Nello specifico l'attenzione è stata rivolta alle specialità cliniche che trattano problematiche di salute tipicamente femminili e trasversali ai due generi che necessitano di percorsi differenziati, ai percorsi diagnostico-terapeutici e servizi clinico-assistenziali in ottica multidisciplinare gender-oriented, all'offerta di servizi relativi all'accoglienza delle utenti nonché alla gestione di vittime di violenza fisica e verbale.

Tutto ciò ha portato alla candidatura e conseguente assegnazione all'Ospedale Umberto I di Enna di due Bollini rosa per il biennio 2022-2023 da parte della Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, che è stata ufficializzata nella giornata del 2 dicembre 2021 con la partecipazione degli operatori, in modalità virtuale all'evento "Bollini rosa agli ospedali a misura di donna".

#### GIORNATA DI PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

In occasione della Giornata mondiale contro l'AIDS, il 1° dicembre 2021 sono state realizzate attività volte alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST), rivolte alla popolazione generale e soprattutto agli studenti universitari e dell'ultimo anno delle scuole superiori della provincia.

In particolare, il Dipartimento Materno-Infantile ha sviluppato le seguenti iniziative:

Campagna informativa attraverso stampa, web, social network e presso i Presidi Sanitari aziendali e i MMG, anche attraverso la distribuzione di opuscoli illustrativi sulle patologie a trasmissione sessuale;

Offerta attiva di screening delle MST presso i Consultori Familiari e i Presidi Ospedalieri mediante, rispettivamente, tampone vaginale o uretrale per Chlamidia e Gonorrea e prelievo ematico per epatite e HIV;

Interventi di educazione sanitaria negli Istituti Superiori della provincia di Enna, volti all'informazione sulle patologie a trasmissione sessuale, sulle relative modalità di prevenzione e sui servizi sanitari disponibili.

Attività di Formazione

Partecipazione dei Referenti al Webinar "Ciascuno a suo modo: la Medicina di Genere in Sicilia" 24-04-2021 e apertura ad altri operatori attraverso la comunicazione sul sito aziendale.

Programmazione e realizzazione del Corso "Codice Rosa: il sostegno interistituzionale alla vittima di violenza di genere" rivolto ad operatori sanitari ed operatori delle Forze di Polizia coinvolti nel processo del Codice Rosa.

#### ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

Gli articoli, riguardanti gli eventi descritti, sono stati inoltrati ai corrispondenti delle testate giornalistiche e inseriti con immagini nei post pubblicati sul sito istituzionale e condivisi nelle pagine social dell'ASP.

#### PARI OPPORTUNITA' E BENESSERE DI GENERE

L'Azienda è consapevole che l'adeguato impiego delle risorse umane e la valorizzazione del benessere dei lavoratori e delle lavoratrici rappresentano il principale investimento per l'intera organizzazione.

L'amministrazione, infatti, è fortemente favorevole alle iniziative utili per lo sviluppo culturale della prevenzione del disagio in ambito lavorativo e dello sviluppo dei fattori utili per concorrere al benessere organizzativo e, quindi, anche al benessere psicofisico di tutte le lavoratrici e i lavoratori.

Nel 2021, come nel 2020, tali iniziative sono state consolidate, per rispondere alle nuove esigenze dei lavoratori e delle lavoratrici e assicurare contestualmente le attività lavorative e lo stato di salute dei lavoratori e delle lavoratrici.

**Lo Stress da Lavoro Correlato** definisce la percezione di squilibrio avvertita dal lavoratore quando le richieste del contenuto, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, non sono in linea con le risorse individuali per fronteggiare tali richieste ("Agenzia europea per la sicurezza e la salute sui lavoro", 2018).

E' opportuno specificare che lo stress, primariamente, ha una funzione adattiva per l'essere umano; infatti, a dosi accettabili, ha degli effetti positivi sull'organismo, consentendo di reagire in modo efficace ed efficiente agli stimoli esterni in modo da di innescare un'adeguata soglia di attenzione verso le esigenze dell'ambiente.

Al contrario, quando l'essere umano comincia a percepire una dose di stress negativo (in letteratura distress), l'esito che ne verrà, sarà quello di elicitare il rischio per la salute dell'individuo, sia di tipo psicologico che fisico, riducendo dunque l'efficienza sul lavoro (assenteismo, malattia, richieste di trasferimenti, etc..).

L'emergenza sanitaria anche nel 2021 ha determinato il protrarsi di cambiamenti sostanziali sia sul piano organizzativo che sul piano della gestione delle risorse umane in ambito sanitario.

Questa ASP attraverso la U.O.C. Servizio di Psicologia ha avviato una campagna di prevenzione e di promozione della salute psicologica istituendo uno Sportello in favore degli operatori coinvolti.

Inoltre, al fine di valutare e rilevare potenziali effetti disfunzionali derivati da una condizione di stress, si è proceduto alla somministrazione di un test standardizzato per la "Valutazione dello stress e Gestione del disagio emotivo per operatori sanitari e non, in campo contro il Covid-19". Il questionario utilizzato è il PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (ProQOL; Palestini et al., 2013) il quale valuta due scale:

Compassion Satisfaction – il costrutto valuta la soddisfazione lavorativa dell'operatore;

Compassion Fatigue – che include il costrutto di Burnout (nonché la fatica percepita dall'operatore) e il costrutto di Stress Traumatico Secondario (nonché la potenziale minaccia percepita di radice traumatica che si innesca quando ci si prende cura di un Altro significativo).

Il campione è formato da 217 questionari.

Dall'analisi dei dati emerge che:

il 33% dei medici esibisce un basso rischio di sviluppo del Burnout rispetto al 67% che, invece, è incline ad un rischio medio.

il 38% degli infermieri presenta un rischio basso mentre il 62% un rischio medio;

il 53% dell'O.T. Autista presenta un rischio basso rispetto al 47%;

il 56% degli A.S.S. Ausiliari presenta un rischio basso rispetto al 44%;

gli O.S.A. e gli O.S.S. per il 67% presentano un rischio basso rispetto al 33%;

il 78% degli Ostetrici si rileva un rischio basso rispetto al 22%

gli FKT presentano al 100% un rischio basso.

Questo sta ad indicare che una buona percentuale di personale che registra un rischio medio di sviluppare la sintomatologia del Burnout con la manifestazione di sintomi clinici quali la depersonalizzazione, la stanchezza emotiva e la fatica lavorativa.

A partire da maggio 2021, sono stati somministrati i questionari per misurare i livelli di stress psicofisici di tutto il personale dipendente in servizio nelle strutture dell'area territoriale.

Conclusa la fase di raccolta dei questionari si sta procedendo alla elaborazione dei dati.

## 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

### Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il primo obiettivo che va posto è quello del valore pubblico, secondo le indicazioni che sono contenute nel DM del 24/06/22.

L'obiettivo della creazione di valore pubblico in materia di prevenzione della corruzione e la trasparenza ha una dimensione trasversale per la realizzazione della missione istituzionale dell'amministrazione da declinare in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

L'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di tutti i soggetti che interagiscono con l'organizzazione aziendale, attraverso una costante attività di consultazione, comunicazione, monitoraggio e riesame svolta dal RPCT.

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste sono quindi il risultato di un'azione sinergica e trasversale del RPCT e dei singoli Referenti, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

Da qui la partecipazione sostanziale di tutti i Dirigenti/Referenti chiamati ad essere "attori" del sistema di gestione del rischio, messa in atto grazie ad un adeguato sistema di monitoraggio e di riesame del sistema tramite schede di monitoraggio trimestrali e rendicontazioni semestrali sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio e sulle idoneità delle stesse.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e sono rimessi alla valutazione dell'organo di indirizzo, che ai sensi dell'art. 1, co. 8, della L. 190/2012, definisce tali obiettivi.

Gli obiettivi strategici aziendali 2022 sono incardinati in specifiche linee strategiche in cui si esplica la missione dell'ASP di Enna; all'interno delle predette linee strategiche, la Direzione Generale, dunque, individua gli obiettivi strategici, formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Sulla base delle predette aree strategiche, si ritiene opportuno continuare a perseguire i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:

- 1) Migliorare la conoscenza dei fenomeni corruttivi e l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione, in modo da contrastare eventuali fenomeni corruttivi, attraverso l'accertata conoscenza del codice di comportamento.
- 2) Evoluzione e completezza della "Sezione Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

Ai sensi del DPR n. 62/2013 e della L. n.190/2012 è stato adottato il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASP di Enna, quale strumento per assicurare e garantire la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, l'imparzialità ed il servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il miglioramento della conoscenza dei fenomeni corruttivi e l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione, in modo da contrastare eventuali fenomeni corruttivi, attraverso l'accertata conoscenza del Codice di comportamento Aziendale è ritenuto dunque idoneo obiettivo strategico volto a favorire la creazione di valore pubblico dell'amministrazione.

Altresì, per favorire la creazione di valore pubblico, un'amministrazione deve prevedere obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, ciò trova conferma nel d.lgs. 33/2013, ove è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni Amministrazione (art. 10 del D.Lgs 33/13).

Gli obiettivi strategici della performance aziendale, che vengono trasfusi nella sezione 2.2. Performance del PIAO, rappresentano anche la traduzione di alcune delle misure di trasparenza e di prevenzione di possibili comportamenti corruttivi, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività delle Unità Operative dell'ASP. La sezione 2.2. Performance, pertanto, è strettamente coordinata con la Sezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e la valutazione dei dirigenti verrà effettuata tenendo conto degli obiettivi operativi assegnati, anche, sulla base della corretta adozione delle misure individuate.

Attraverso la realizzazione della predetta integrazione e coordinamento tra la sezione 2.2. Performance e la sezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza, pertanto, è valorizzata anche l'interazione con i sistemi di controllo di gestione, misurazione della Performance e la sezione anticorruzione, laddove alcune misure della sezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza costituiscono la base di partenza per il controllo di gestione che sarà costruito, così come avverrà per la misurazione della Performance, tenendo anche conto delle misure quindi adottate per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

In quest'ottica, l'integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, assume la duplice funzione di strumento concreto di presidio alla riduzione del rischio di corruzione e di elemento di efficace supporto alla creazione di valore pubblico.

### **La valutazione di impatto del contesto esterno**

In riferimento all'analisi del contesto, l'ANAC nella Determinazione n.12/2015 ha così affermato: "La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la

quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne." ( p. 16).

L'analisi del contesto esterno ha lo scopo di evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'ambito territoriale-aziendale dell'ASP comprende l'intero Libero Consorzio Comunale di Enna, di cui fanno parte i comuni di Enna, il capoluogo, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera, Villarosa, Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca, Pietraperzia, Nicosia, Cerami, Gagliano Castelferrato, Sperlinga, Troina, Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria, Regalbuto e il Comune di Capizzi della Città Metropolitana di Messina.

Il Libero Consorzio Comunale di Enna si disloca su un territorio collinare e montuoso che ne fa una delle più articolate realtà dell'entroterra siciliano.

Con circa 163.000 abitanti, Enna figura tra le ultime 8 province meno popolate d'Italia e anche la sua densità demografica risulta a livelli di gran lunga inferiori rispetto alla maggior parte degli altri Liberi Consorzi Comunali. Il dato è spiegabile, sia per il territorio caratterizzato dalla presenza di molti rilievi irregolari, stretto tra i Nebrodi e gli Erei, sia per la scarsa estensione di superfici pianeggianti, sia per fattori storico-sociali, quali un forte flusso migratorio che ha raggiunto l'apice tra gli anni cinquanta e sessanta del Novecento, dovuto ad una profonda crisi economica.

Enna, per la sua naturale consistenza territoriale, si confronta con gravi problemi determinati da carenze infrastrutturali che isolano l'intero territorio provinciale, collocandolo distante dalle grandi reti regionali e nazionali. Debolezza, quest'ultima, accentuata da una configurazione orografica di spiccata valenza ambientale-paesaggistica ma variamente accidentata. Nonostante le attività agricole e di allevamento la popolazione è concentrata quasi del tutto nei centri abitati.

Ciò detto, al fine di avere un quadro completo circa le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico in cui l'Asp di Enna opera è opportuno fare un breve excursus circa i principali Comuni del Libero Consorzio Comunale di Enna.

Enna, sede del Distretto sanitario e del Presidio ospedaliero "Umberto I", il capoluogo, presenta un'estensione territoriale di 358,75 km<sup>2</sup> ed è con 26.030 abitanti (dato Istat aggiornato al 01/01/2021) il principale centro del Libero Consorzio Comunale di Enna.

Enna è il capoluogo di provincia più alto d'Italia ed è comunemente suddivisa in due "macro-aree": Enna Alta ed Enna Bassa, cui si aggiungono Pergusa e Borgo Cascino, che sono delle frazioni. Tutte e quattro le aree sono nettamente separate dal punto di vista geografico. Enna Alta sorge su un altipiano tra i 900 ed i 990 m d'altitudine, che svetta isolato al centro degli Erei. La parte di espansione moderna è chiamata Enna Bassa perché localizzata a valle, è sede dell'Università e delle principali attività commerciali. Circa 10 km a sud del centro storico si trova il lago Pergusa, a 677 m s.l.m., caratterizzato da un bacino endoreico, importante luogo di sosta e svernamento per decine di specie di avifauna. Attorno le rive del lago si snoda l'omonimo circuito automobilistico. Il Borgo Antonino Cascino, anche noto semplicemente come Borgo Cascino, è una frazione di circa 50 abitanti, dista circa 12 km dalla città di Enna, è uno tra i più antichi e importanti borghi della provincia di Enna.

Oggi Enna è una città vivace, particolarmente famosa per il suo Castello, il Tempio di Cerere, la Torre di Federico, il Duomo e la Settimana Santa.

Piazza Armerina, sede del Distretto sanitario e del Presidio ospedaliero "M. Chiello", con 20.842 ab. (dato Istat aggiornato al 01/01/2021), è la seconda città dell'ennese. Forte di un grande richiamo turistico dato, principalmente, dalla Villa del Casale, patrimonio dell'Unesco, ma anche dal suo pregevole centro storico barocco e normanno, è altresì, sede di vescovado.

Nicosia, sede del Distretto sanitario e del Presidio ospedaliero "Basilotta", con 11.947 ab. (dato Istat aggiornato al 01/01/2021), è la città principale dell'area nord. Ha un centro-storico ricco di opere d'arte. La città è sede di diocesi.

Agira, sede di Distretto sanitario, è un Comune di 7.799 abitanti (dato Istat aggiornato al 01/01/2021), dista 35 chilometri da Enna. E' sito a nord est della Libero Consorzio Comunale di Enna, nella media valle del Salso e domina il lago Pozzillo. Il territorio di Agira comprende anche l'invaso artificiale Sciguana.

L'economia è prevalentemente agricola, le coltivazioni più diffuse sono cereali, vite, olivo. Sono inoltre presenti diversi allevamenti ed è presente l'artigianato locale. Di particolare interesse è la presenza dell'unico outlet

village della Sicilia, che ha determinato un impulso occupazionale giovanile a livello provinciale, prevalentemente precario e, allo stesso tempo, ha determinato la crisi economica delle piccole attività commerciali dei paesi limitrofi.

Leonforte, sede del Presidio ospedaliero "Ferro-Branciforti-Capra" collegato al Distretto Agira, con i suoi 12.679 abitanti (dato Istat aggiornato al 01/01/2021) insiste al centro del sistema montuoso degli Erei. Leonforte dista solo 22 km dal capoluogo del Libero Consorzio Comunale di Enna. La sua economia è basata per lo più sull'agricoltura e sul terziario. Grava sulla cittadina, come in tutto Libero Consorzio Comunale di Enna, un grave problema occupazionale.

Infine, ma non per importanza, un cenno merita la cittadina di Troina con l'IRCCS Associazione Oasi Maria Santissima, che è gestito dall'omonima ONLUS, convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale.

L'Istituto nasce nel 1953 su iniziativa del sacerdote Luigi Ferlauto (1922-2017), come associazione senza scopo di lucro, per l'assistenza dei disabili mentali poveri, e dei bambini orfani e abbandonati alla nascita, anche grazie al supporto di volontarie. Nel 1972, si trasforma in una ONLUS, allo scopo di perseguire finalità di solidarietà sociale nel campo dell'assistenza educativa e socio-sanitaria a favore delle persone diversamente abili. Nel 1986, la Regione Siciliana, tramite la legge regionale n. 16/86, stipula una convenzione con l'Oasi Maria Santissima, al fine di coordinare l'attività scientifica dell'Istituto con gli obiettivi del Servizio sanitario regionale, che consente, inoltre, al nosocomio troinese, l'erogazione delle prestazioni sanitarie a livello preventivo, assistenziale e riabilitativo. Nel 1988, l'Oasi Maria Santissima di Troina ottiene il riconoscimento di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), dal Ministero della Sanità e dal Ministero della Pubblica Istruzione, con relativo decreto interministeriale.

L'IRCCS Associazione Oasi Maria Santissima è deputata all'erogazione dei servizi sanitari, quali visite specialistiche in regime ambulatoriale, e ricovero ordinario e in day hospital ed impiega personale amministrativo, medico, infermieristico e vario.

Da tale excursus relativo alle principali realtà territoriali su cui insiste ed opera l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna è possibile evincere che l'inquadramento del contesto esterno all'ASP ha l'obiettivo di porre in evidenza le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera in quanto ciò rappresenta il modo più utile al fine di comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui le persone che nella stessa operano possono essere soggette; consentendo, conseguentemente, di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

Riguardo alle fonti esterne, particolare importanza rivestono i dati giudiziari relativi al tasso di criminalità generale del territorio di riferimento (ad esempio, omicidi, furti nelle abitazioni, scippi e borseggi), alla presenza della criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso nelle istituzioni, nonché più specificamente ai reati contro la Pubblica Amministrazione (corruzione, concussione, peculato ecc.) reperibili attraverso diverse banche dati come è indicato nell'allegato 1 al PNA 2019.

Con riferimento al tasso di criminalità generale è richiamata la classifica del Sole 24 Ore, dove sono fotografate le denunce registrate relative al totale dei reati commessi sul territorio nel 2020, e dove inoltre è possibile anche rilevare le graduatorie della provincia di riferimento relative a 18 differenti tipologie di reato.

I dati fotografano, a seguito di segnalazioni delle Forze di Polizia, i delitti emersi relativamente alle predette tipologie di reato e le denunce registrate ogni 100.000 abitanti con il conseguente posizionamento provinciale di Enna rispetto alla classifica nazionale.

	Denunce/100.000 abitanti	Posiz.		Denunce/100.000 abitanti	Posiz.
Truffe e frodi informatiche	441,6	29	Furti in esercizi commerciali	13,5	105
Violenze sessuali	10,5	10	Furti con destrezza	1,3	106
Estorsioni	14,2	45	Furti in abitazione	89,3	96
Omicidi volontari consumati	0,0	91	Rapine	6,2	101
Infanticidi	0,0	33	Incendi	8,0	51
Tentati omicidi	1,8	31	Stupefacenti	33,9	94
Furti	434,8	101	Usura	2,5	2
Furti con strappo	2,5	97	Associazione di tipo mafioso	0,6	7
Furti di autovetture	33,9	52	Associazione per delinquere	0,6	43

Fonte:  
elaborazione Sole 24 Ore su dati del  
dipartimento di Pubblica Sicurezza del  
ministero dell'Interno

Il posizionamento complessivo provinciale di Enna nella classifica finale risulta essere l'ottantaduesimo con un totale di 3.844 denunce complessivamente registrate nel 2020, quindi agli ultimi posti della classifica nazionale che fa registrare al 106 posto Oristano con 2.582 denunce registrate.

Per comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni cui questo Ente potrebbe essere sottoposto si è fatto riferimento all'ultima Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata.

Selezionando le informazioni più rilevanti ai fini della identificazione e analisi dei rischi e conseguentemente alla individuazione e programmazione di misure di prevenzione specifiche il citato documento riporta alle pagine 9 e 10 la seguente situazione: "...Le Forze di Polizia, pertanto, stanno monitorando con grande impegno i segnali che potrebbero indicare un cambiamento delle strategie da parte dei sodalizi mafiosi per prevenirne le azioni.

Nello specifico, viene rivolta grande attenzione ai comparti economici che non hanno mai interrotto la propria operatività nella fase emergenziale legata alla pandemia, come la filiera agro-alimentare, il settore dell'approvvigionamento di farmaci e di materiale medico-sanitario, il trasporto su gomma, le imprese di pulizia, di sanificazione e di smaltimento di rifiuti.

Le indagini degli ultimi anni hanno già evidenziato che i gruppi criminali in tali settori possono riuscire agevolmente a offrire servizi a prezzi concorrenziali in quanto molto spesso le società controllate da questi ultimi non rispettano le prescrizioni normative in materia ambientale, previdenziale e di sicurezza sul lavoro.

Non viene sottovalutato il rischio di crisi di liquidità soprattutto per le piccole e medie imprese che, in conseguenza della sospensione della loro attività, potrebbero non essere in grado di far fronte ai propri impegni finanziari. Esponenti della criminalità organizzata potrebbero, infatti, sfruttare il momento di difficoltà per insinuarsi nella compagine societaria apportando il denaro necessario o proponendo prestiti usurari. Le associazioni criminali potrebbero vedersi riconosciuta, quindi, un'accresciuta sfera di influenza in società in precedenza non infiltrate.

Un ulteriore settore di interesse per i sodalizi mafiosi, in particolare in questo momento storico, è rappresentato dai flussi di denaro pubblici (che saranno assicurati dallo Stato italiano e dall'Unione Europea) destinati a rilanciare l'economia che potrebbero risultare molto appetibili da parte delle mafie. Le matrici criminali probabilmente tenteranno di acquisirne la disponibilità ricorrendo anche a pratiche corruttive o a modalità di condizionamento dei processi decisionali nell'ambito dell'iter di aggiudicazione degli appalti pubblici.

Nello specifico, gli investimenti pubblici che saranno erogati per la realizzazione di infrastrutture e altre opere pubbliche oppure per il potenziamento, a titolo esemplificativo, del sistema sanitario nazionale potrebbero essere oggetto di interesse da parte dei sodalizi criminali per rafforzare la propria presenza in settori in cui si sono già inseriti da tempo, come quello del ciclo del cemento o nei quali sono comparsi più di recente, come quello della fornitura di beni e servizi per le cure mediche."

Quello sanitario, quindi, è uno tra gli ambiti più esposti e vulnerabili ad un'indebita ingerenza di pratiche corruttive, dalle connotazioni anche tipicamente mafiose, che amplificano le criticità storiche del tessuto socio-produttivo siciliano ed ostacolano i processi d'ammodernamento e trasparenza della pubblica amministrazione.

Tali considerazioni sulle caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera, congiuntamente ai dati statistici sull'attività delle forze dell'ordine e della magistratura, vanno valutate come importante indicatore di rischio corruttivo di determinati processi.

In conclusione, quindi, il territorio del Libero Consorzio Comunale di Enna, come il resto della Sicilia, è avvinco da un sottobosco di pratiche corruttive che interessano settori nevralgici del mondo pubblico e privato, con particolare interferenza anche nei confronti degli enti, che come l'Asp di Enna, sono chiamati a gestire le politiche sanitarie relative al territorio.

## La valutazione di impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno ha lo scopo di evidenziare se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo.

Come noto, la funzione dell'Asp è quella di tutelare, attraverso l'esplicazione dell'attività sanitaria, il diritto alla salute, in generale, e il diritto ai livelli essenziali delle prestazioni degli utenti, sia quella di promuovere la diffusione di servizi sanitari con adeguati livelli di qualità.

Il contesto territoriale aziendale in base all'Atto Aziendale dell'ASP di Enna è suddiviso in 4 Distretti Sanitari e 4 Presidi Ospedalieri.

### DISTRETTI SANITARI:

Distretto Sanitario di Enna, comprendente i Comuni di Enna, Calascibetta, Catenanuova, Centuripe, Valguarnera e Villarosa;

Distretto Sanitario di Piazza Armerina comprendente i Comuni di Piazza Armerina, Aidone, Barrafranca e Pietraperzia;

Distretto Sanitario di Nicosia comprendente i Comuni di Nicosia, Capizzi, Cerami, Gagliano C.to, Sperlinga e Troina;

Distretto Sanitario di Agira, comprendente i Comuni di Agira, Assoro, Leonforte, Nissoria e Regalbuto.

### PRESIDI OSPEDALIERI:

Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Enna;

Presidio Ospedaliero "M. Chiello" di Piazza Armerina;

Presidio Ospedaliero "Ferro- Branciforti-Capra" di Leonforte;

Presidio Ospedaliero "Basilotta" di Nicosia.

Immagine esplicativa del contesto territoriale dell'Azienda:



L'Azienda intende realizzare l'unitarietà della gestione a livello provinciale per una programmazione equilibrata sul territorio, rendendo unica la gestione del bene salute secondo logiche di integrazione a livello territoriale, ospedaliero e di prevenzione. Vengono privilegiati sistemi di gestione basati sulla programmazione, il controllo e la qualità, che permettono di individuare quali siano le criticità nell'erogazione dei servizi e il razionale utilizzo delle risorse.

L'ASP di Enna, nell'ambito amministrativo-gestionale, promuove la valorizzazione ed il riconoscimento dell'innovazione tecnologica in ogni settore di attività in quanto fattore determinante di sviluppo, crescita e quale importante funzione istituzionale utile alla rilevazione dei fabbisogni epidemiologici, allo sviluppo di un ambiente culturale favorevole alla trasparenza dei processi decisionali ed all'accessibilità delle informazioni.

Le funzioni di gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa sono assegnate ai dirigenti, che le esercitano nell'ambito dell'autonomia gestionale ed amministrativa. L'eventuale discrezionalità insita nella materia viene comunque sempre ricondotta agli atti di programmazione e di indirizzo che restano di competenza del Direttore Generale.

L'assetto organizzativo generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna si articola in:

- Strutture della Direzione Strategica;
- Strutture di Staff;
- Area Amministrativa
- Dipartimenti Strutturali;
- Dipartimenti Funzionali.

L'attività territoriale dell'Azienda comprende le funzioni relative all'igiene, sanità pubblica, assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza sanitaria di base, specialistica e riabilitativa, medicina legale, farmaceutica, salute mentale e tossicodipendenze, sanità pubblica veterinaria.

L'offerta sanitaria sul territorio annovera ulteriori strutture operanti sul territorio della Provincia, al fine di costruire percorsi assistenziali in collaborazione con l'ASP di Enna.

Naturalmente, ai fini del monitoraggio del rischio corruttivo, è necessario porre attenzione anche all'attività di tali ulteriori strutture, sia per gli interessi economici che vi sottostanno, sia per l'impatto sulla salute del cittadino qualora dette strutture non dovessero rispettare gli standard assistenziali previsti dalle normative di settore.

Con riferimento alle posizioni dirigenziali ed al personale del comparto, all'interno delle singole Unità dell'amministrazione operano i dirigenti di Unità operativa complessa, di Unità operativa semplice, di Unità operativa semplice dipartimentale, gli incaricati di funzione ed il personale del comparto. Dall'ultima rilevazione al 31/12/2021, comunicata al RPCT dall'UOC Risorse Umane, risultano n. 376 dirigenti a tempo indeterminato e n. 55 a tempo determinato e con riferimento al personale del comparto all'interno dell'ASP ci sono n. 1251 dipendenti a tempo indeterminato e n. 138 a tempo determinato.

In relazione alle risorse finanziarie a disposizione dell'Azienda la Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale per la determinazione dell'impatto economico degli stessi sul bilancio. In atto, per l'anno 2022, è stata adottata la previsione economica, giusta Delibera n. 268/2022, allegando alla stessa i Conti economici ed il Piano degli investimenti 2022/2024. Le risorse finanziarie a disposizione dell'Azienda, stimate quale Totale Valore della Produzione per l'esercizio 2022, ammontano a € 371.364.162,00 alle quali si deve sommare il Totale Valore della Produzione Covid che per quest'anno è previsto pari a € 898.297,00.

Altresì, per ottimizzare il lavoro di predisposizione della presente sezione del PIAO, nel definire il contesto interno, è da richiamare l'analisi aggiornata svolta in occasione della definizione della pianificazione della performance: "La nuova riorganizzazione dei servizi, i processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione delle procedure, hanno determinato il fabbisogno di nuove posizioni professionali e il potenziamento di altre già presenti che l'Azienda ha espresso nel Piano del Fabbisogno triennale, al fine di perseguire le scelte strategiche di politica sanitaria indicati nel presente Piano. In linea con le disposizioni normative, il Piano del Fabbisogno, documento programmatico dinamico, rappresenta una innovazione che consente il superamento del tradizionale concetto di dotazione organica, trasformandosi in un valore finanziario di spesa nel cui ambito l'Azienda potrà procedere annualmente alla modulazione quantitativa e qualitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati e alle esigenze di contesto normativo, organizzativo e di sostenibilità economica. L'analisi qualitativa e quantitativa delle esigenze aziendali consente di valorizzare le professionalità emergenti e più innovative in ragione dell'evoluzione organizzativa e tecnologica che sempre più l'Azienda è chiamata ad attuare.

a seguito del nuovo Atto aziendale, in conformità alle linee guida regionali, ha adeguato la Dotazione Organica e Piano triennale del Fabbisogno, approvati recentemente dall'Assessorato della Salute.

Nel 2021 l'Azienda, nell'ottica della promozione dello sviluppo e valorizzazione delle professionalità interne, ha nominato molti Responsabili di UOC, UOSD e UOS sia amministrative che sanitarie ed ha attribuito incarichi di funzione al personale di Comparto.

Le inaspettate esigenze precauzionali intervenute a seguito della pandemia da COVID 19 hanno imposto uno scostamento su tempi e modalità di alcune procedure concorsuali indette e, pertanto, la definizione delle stesse e le relative assunzioni si auspica possano essere completate nel 2022."

Oltre l'analisi, è stata svolta nel presente paragrafo la valutazione se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo.

I condizionamenti possono rappresentare intanto eventi rischiosi che favoriscono dinamiche improprie nella gestione delle istruttorie con conseguente influenza sull'esito finale. Infatti, gli eventi rischiosi si possono concretizzare in varie forme di condizionamento della fase istruttoria per pressioni esterne, come per la presenza di eventuali interessi privati, ovvero nella non corretta e adeguata valutazione ai fini istruttori delle condizioni di ammissibilità, dei requisiti di legittimazione, come nel caso di sottesi legami tra utente/istante e dipendente/responsabile del procedimento aziendale, o infine tali condizionamenti si possono manifestare nel caso dell'elevata discrezionalità da parte del dipendente/responsabile del procedimento.

Ogni singolo condizionamento improprio che può concretizzarsi in un evento rischioso per l'attività aziendale è stato attentamente analizzato e descritto nei "Possibili eventi rischiosi" delle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche.", allegate alla presente sezione ed alle quali è fatto espresso rinvio.

In conclusione, nell'analisi del contesto interno, di fondamentale importanza, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa dell'Azienda, è la mappatura dei processi, attraverso i quali si svolge l'attività aziendale nell'ambito della struttura organizzativa, consistente nell'individuazione e nell'analisi degli stessi.

### **La mappatura dei processi**

Nel rispetto delle nuove indicazioni metodologiche, si è proceduto all'approfondimento e all'aggiornamento della totalità dei processi afferenti tutte le aree di rischio relative all'attività aziendale.

Per procedere all'identificazione degli eventi a forte rischio corruttivo si sono tenuti in considerazione i dati relativi al contesto interno ed esterno.

In primo luogo, la mappatura dei processi ha preso le mosse dalla cd. "analisi dei fattori abilitanti della corruzione", ossia quei fattori di contesto che possono, in qualsiasi modo, indurre o agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti corruttivi. Nella fase successiva per il trattamento del rischio, sono state "segregate", anche sotto il profilo della tempistica degli adempimenti e mediante un susseguirsi di azioni che indicano il percorso da seguire, le fasi obbligatorie da rispettare nell'iter del processo amministrativo da portare a compimento soprattutto in relazione ai processi amministrativi ritenuti più sensibili. A fini esemplificativi è suggerito ai responsabili di struttura di evitare di far persistere per lungo tempo in capo allo stesso soggetto la responsabilità di uno specifico processo e in alternativa di attuare un adeguato affiancamento; è suggerito di snellire il più possibile la fase procedurale in linea con la semplificazione amministrativa e dunque con l'attuazione del principio di trasparenza; ma anche è proposto di evitare di sottostimare la possibilità del verificarsi del rischio che non consentirebbe di attivare idonee misure di prevenzione e di porre attenzione alle competenze ed al grado di formazione del personale preposto nei settori più a rischio.

Al fine di adeguare la presente sezione alle nuove indicazioni metodologiche si è adottato, per la valutazione del rischio, un approccio di tipo qualitativo e non quantitativo. Pertanto tutte le schede di mappatura presentano dei valori qualitativi e non numerici, che tengono conto del livello di esposizione al rischio di un evento di corruzione. Una compiuta valutazione qualitativa del rischio, per tutti i processi mappati, avviene di concerto con i responsabili delle strutture durante i monitoraggi.

La mappatura dei processi e l'analisi dei possibili eventi corruttivi nelle aree di rischio sono stati esposti nelle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna", allegate alla presente sezione.

È stato ritenuto fondamentale mappare sicuramente i processi che coinvolgono la spendita di risorse pubbliche, l'ampio livello di discrezionalità di cui gode l'amministrazione, il notevole impatto socio economico rivestito anche in relazione alla gestione di risorse finanziarie a cui vanno ricondotti i processi relativi ai contratti pubblici, senza tralasciare l'evenienza di altri processi specie di rilievo, quali per esempio eventuali processi per il raggiungimento degli obiettivi del PNRR e dei fondi strutturali. Infatti, i processi elencati nelle citate Schede non rappresentano un elenco chiuso e definitivo, ma sono in continuo divenire in relazione ad una sempre più

analitica e approfondita descrizione dei processi nei cicli annuali di gestione dei rischi corruttivi. Infatti, solo tramite i vari approfondimenti gradualmente è stato possibile aggiungere, nelle annualità che si sono susseguite, elementi nuovi ed utili a raggiungere la completezza della descrizione dei processi.

La valutazione del rischio di corruzione ed illegalità compiuta nel triennio precedente viene confermata nelle sue linee generali, tuttavia, si è proceduto ad aggiornare ed approfondire, in linea con le nuove indicazioni metodologiche di cui al PNA 2019, la mappatura di quei processi che afferiscono ad aree di rischio e le misure generali e specifiche.

Gli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 dell'Anac hanno esposto nove Focus nella Sezione III – Spunti per trattare un'area a rischio: i contratti pubblici, volti a dare evidenza alle fasi di processo estremamente sensibili, e per le quali vanno pertanto calibrate adeguate misure preventive, incentrando l'attenzione a titolo esemplificativo su una delle aree più significative: quella dei contratti pubblici.

Al fine di adeguare i contenuti di questa sezione alle indicazioni fornite dall'Autorità nei sopracitati Orientamenti, è stato ritenuto, inoltre, doveroso rivisitare le "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche", al fine di tenere conto dei sopracitati elementi di rilievo forniti dall'Anac.

Il D.M. del 24/06/22 richiede che la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi contenga un focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

Gli obiettivi strategici della performance aziendale di questo PIAO rappresentano la traduzione di alcune delle misure di trasparenza e di prevenzione dei possibili comportamenti corruttivi, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività delle Unità Operative dell'ASP. La specifica mission istituzionale dell'ASP di Enna ha comportato la necessità di focalizzare una particolare attenzione all'interno dell'Amministrazione sulla mappatura dei processi di carattere generale relativi alle regole di comportamento e della trasparenza. È noto come la corruzione sia spesso causata da un problema culturale, o detto in altri termini da assenze di conoscenze e/o di applicazioni delle regole di comportamento e della trasparenza, tali fattori, infatti, possono, in qualsiasi modo, indurre o agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti corruttivi.

Pertanto, è stato ritenuto doveroso focalizzare l'attenzione sui processi relativi alla conoscenza delle regole di comportamento e l'evoluzione della sezione Trasparenza del sito per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

### **L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi**

Ai sensi della Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna adotta la presente sezione in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure per contenere i rischi corruttivi individuati.

Considerato che la finalità della Legge n. 190/2012 è quella di prevenire condotte anche solo prodromiche ai reati di corruzione, la sezione anticorruzione del PIAO mira a fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di stabilire gli interventi organizzativi e formativi volti a prevenire il medesimo rischio e individuare le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto alla corruzione.

In questo contesto il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati (per se o per altri).

L

e situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie delle fattispecie penalistiche disciplinate dal Codice Penale, Libro II, Titolo II recante i Delitti contro la Pubblica Amministrazione (artt. 318-323) e dagli artt. 328 e 346-bis comprendendo anche le situazioni in cui, prescindendo dalla rilevanza penale, si verifichi un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso improprio delle funzioni attribuite ai soggetti operanti in nome e per conto dell'Azienda, quale che sia la qualifica ricoperta.

Infatti, per eventi corruttivi devono intendersi non solo i fatti penalmente rilevanti, ma occorre considerare, ai fini della prevenzione della corruzione, anche condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio. (Cfr. PNA 2019, parte I, par. 2).

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola in tre fasi secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento:

1. Analisi del contesto sia esterno sia interno in cui l'ASP opera;
2. Valutazione del rischio mediante la sua identificazione, la sua analisi e la ponderazione;
3. Trattamento del rischio, attraverso l'identificazione e la programmazione delle misure idonee a contrastarlo.

A queste tre fasi se ne affiancano due ulteriori trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e quella di monitoraggio e riesame del sistema.

Premessa necessaria, nella disamina delle aree di rischio che in relazione alla natura e alle peculiarità dell'attività aziendale risultano potenzialmente più esposte a rischi corruttivi, è quella di esaminare l'intera attività svolta dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna.

Il nuovo PNA, adottato con delibera ANAC n° 1064/2019 ha rivolto particolare attenzione all'individuazione delle metodologie più idonee per la gestione dei rischi corruttivi ed infatti, l'allegato 1 al PNA fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, infatti, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo valutazionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Si tratta, nella specie, di indicazioni metodologiche aggiornate, rispetto al PNA 2013 e all'Aggiornamento 2015 al PNA, che rendono l'allegato 1 al PNA 2019 l'unico documento metodologico da seguire nella predisposizione della pianificazione in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo. Mentre, restano validi riferimenti gli approfondimenti tematici (es. contratti pubblici, sanità, istituzioni universitarie, ecc.) riportati nei precedenti PNA.

L'Allegato 1 sviluppa ed aggiorna alcune indicazioni metodologiche allo scopo di indirizzare ed accompagnare le pubbliche amministrazioni chiamate ad applicare la legge n.190/2012 verso un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo che consenta di considerare la predisposizione della pianificazione come un processo sostanziale e non meramente formale.

La mappatura dei processi si è rivelata un modo efficace per individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e costituisce lo strumento principale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi prende le mosse dalla loro necessaria identificazione cioè dalla rilevazione e classificazione di tutte le attività interne, al fine di effettuare una catalogazione, in macro-aggregati, delle aree di attività e dei processi ad esse sottese.

L'elenco che ne deriva è un aggregato di "aree di rischio" che vengono distinte in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte. (PNA 2016)

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree, nell'ambito dell'attività dell'intera Azienda, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

La L. n. 190/2012 ha individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni, queste aree sono elencate nell'art. 1, comma 16, e si riferiscono ai procedimenti di:"

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs.

n. 163 del 2006; c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati; d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 150/2009.”.

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio.

Questo ruolo di coordinamento non deve, in nessun caso, essere interpretato dagli altri attori coinvolti come un pretesto di deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di tutti soggetti che interagiscono con l'organizzazione aziendale.

Tutte le suddette fasi sono accompagnate da una costante attività di consultazione, comunicazione, monitoraggio e riesame svolta dal RPCT. Da qui la necessità e l'obbligatorietà di una partecipazione sostanziale di tutti i Dirigenti/referenti chiamati ad essere "attori" del sistema di gestione dei rischi.

La metodologia utilizzata per l'analisi dei rischi di corruzione è basata sul principio della prudenza e privilegiando il sistema di misurazione qualitativo, in linea con il processo di analisi e valutazione dei rischi indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019 e con quanto realizzato dall'Anac nella sua Pianificazione.

Tale metodologia cerca di concentrare lo sforzo dei Dirigenti-referenti verso l'acquisizione di conoscenze sul contesto ambientale e operativo delle attività gestite, in quanto un adeguato livello di consapevolezza del contesto di minaccia che grava sulle singole Unità Operative costituisce un presupposto per l'attività di contrasto della corruzione. Altresì, questo approccio mette nelle condizioni il RPCT di verificare, attraverso le attività di monitoraggio, la presenza di minacce di corruzione, la probabilità che queste si verifichino e l'impatto che possono avere sull'amministrazione e stakeholders (cittadini, utenti, operatori economici, ...).

Come base sulla quale operare, è stata conservata l'organizzazione delle matrici di mappatura introdotta nel 2021 ed articolate nelle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche", dalle quali è possibile evincere tutte le informazioni concernenti i processi, nonché l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed il trattamento del rischio.

All'interno delle summenzionate Schede sono stati individuati i "Possibili eventi rischiosi", tesORIZZANDO quanto contenuto nelle precedenti pianificazioni e recependo quanto emerso lungo il processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti alle pianificazioni e di monitoraggio delle stesse nella fase di applicazione, grazie all'azione sinergica del RPCT e dei singoli Dirigenti-Referenti.

Come stabilito nell'Allegato 1 del PNA 2019 la formalizzazione dei possibili eventi rischiosi è stata fatta tramite la predisposizione di un catalogo dei rischi nelle citate Schede, dove per ogni processo è stata riportata l'individuazione e la descrizione di specifici e dettagliati eventi rischiosi e dei fattori abilitanti. Infatti, l'analisi è essenziale al fine di comprendere, anche, i fattori che aiutano il verificarsi di eventi di corruttivi, l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti degli eventi corruttivi consente di individuare le misure specifiche di trattamento, che devono essere la risposta più efficace per prevenire i rischi.

Alle fine, l'analisi deve essere orientata alla valutazione del rischio. Con riferimento alla stima del livello di esposizione al rischio, è importante orientarne l'analisi, sia verso i processi, che verso il singolo evento rischioso, che è stato identificato nella fase precedente, al fine di individuare correttamente i processi, le attività del processo e le misure di trattamento del rischio.

L'analisi del livello di esposizione è avvenuto nelle "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche" allegata alla presente sezione, in linea con quanto realizzato dall'Anac nella sua pianificazione, preso come riferimento di best practice.

Il valore finale del livello di esposizione è stato calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto:  $Rischio = Probabilità \times Impatto$ . Dove la Probabilità è una valutazione di sintesi rappresentante la probabilità di accadimento dell'evento attraverso una scala crescente su cinque valori: molto bassa, bassa, media, alta e altissima, raccogliendo tutte le informazioni pervenute, sia di natura oggettiva (ad esempio, eventi di corruzione accaduti), che di natura soggettiva (ad esempio, potenziali motivazioni dei soggetti che potrebbero attuare azioni corruttive). Tra alcuni indicatori utilizzati per la stima del livello di rischio, riportati come esempio di seguito nel Box 9 dell'Allegato 1 del PNA 2019, alcuni di sicura evidenza oggettiva sono stati utilizzati nei processi valutativi specifici della Probabilità.

*"Box 9– Esempi di indicatori di stima del livello di rischio" dell'Allegato 1 del PNA 2019*

o livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;

o grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;

...

o manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;

...

L'impatto, invece, è valutato calcolando le conseguenze che l'evento di corruzione produrrebbe sull'amministrazione (in termini di reputazione e credibilità istituzionale, qualità e continuità amministrativa, impatto economico ...) e sugli stakeholders (per il degrado del servizio reso a causa del verificarsi dell'evento corruttivo), declinando la scala crescente su due valori soltanto: alto e altissimo, in considerazione del fatto che qualunque evento di natura corruttiva avrebbe per l'Azienda un impatto cruciale.

Poiché la metodologia di calcolo si basa sul prodotto dei valori dei due fattori: la Probabilità e l'Impatto, tale prodotto ha come possibile esito tre valori finali del livello di esposizione: medio, alto e altissimo, che richiedono un adeguato trattamento in termini di mitigazione del rischio con idonee misure preventive.

La fase relativa al trattamento del rischio è tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Occorre, ora, individuare apposite misure di prevenzione della corruzione che sono efficaci nell'azione di mitigazione del rischio, che sono sostenibili da un punto di vista economico ed organizzativo e che sono, infine, adattate alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

### **La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio**

Individuati i rischi corruttivi le amministrazioni programmano le misure sia generali che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati, privilegiando le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelli di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità.

Sia in fase di mappatura dei processi, che in fase di individuazione dei comportamenti potenzialmente a rischio è stata analizzata in ogni sua parte l'attività amministrativa svolta, comportandone una rappresentazione di alcune misure di prevenzione di carattere specifico riconducibili alle diverse specificità dell'Unità operative.

Infatti, le matrici di mappatura contengono un numero significativo di misure di carattere specifico, progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, valutandone il miglior rapporto costi benefici e la sostenibilità dal punto di vista economico e organizzativo.

In tale contesto, seguendo le indicazioni di cui al PNA 2019, è stato ritenuto razionalizzare e mettere a sistema le misure al fine di rispettare gli obiettivi programmati, avvalendosi, in primis, degli esiti del monitoraggio del Piano dell'anno precedente per la definizione della programmazione per il triennio successivo.

Gli esiti del monitoraggio consentono di identificare l'elemento organizzativo di base (processo) dell'attività dell'amministrazione da sottoporre a maggiore attenzione. La rilevazione e l'analisi prima e il monitoraggio poi dei processi non appesantiscono il sistema, ma rappresentano strumenti attraverso il quale l'amministrazione misura, controlla e migliora se stessa.

Il PTPC 2021-2023 dell'ASP di Enna è stato oggetto di rendicontazione semestrale, al fine di verificare la corretta applicazione delle misure predisposte e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi o di mala gestio ed attraverso l'attuazione di condizioni che ne rendano più difficile la realizzazione. Le operazioni di monitoraggio si sono svolte in forma partecipata, con la supervisione del RPCT, grazie al contributo dei Dirigenti referenti, Responsabili delle Unità Operative. Il sistema di monitoraggio si è avvalso del monitoraggio delle UPD sui procedimenti disciplinari e dell'applicazione concreta, statisticamente significativa, degli articoli del Codice di Comportamento maggiormente violati.

Per l'anno 2021 sono state predisposte le "Schede di rendicontazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna Monitoraggio semestrale: Gennaio – Giugno 2021" per una maggiormente percepibile lettura, in termini di immediatezza, di facilità di riscontro e con la finalità di semplificare e di ottimizzare il sistema di gestione e monitoraggio del rischio. Le nuove Schede sono collegate alla Scheda di mappatura e con colonne, contenenti nello specifico, la colonna denominata "Attuazione", volta ad acquisire le informazioni relative alla rendicontazione dello stato dei processi, utili anche a manifestare nella colonna successiva le possibili e diverse cause di mancata adozione delle misure specifiche da attuare.

La struttura della Scheda di rendicontazione citata è completata infine con una domanda volta a comprendere come le misure specifiche, se attuate, abbiano inciso sull'impatto-effetto positivo-negativo-neutrale delle misure stesse.

Sono state, altresì, predisposte le "Schede di rendicontazione delle misure generali" (All.D), indirizzate all'applicazione delle misure generali per le quali il Dirigente Referente ha indicato l'effettuazione degli adempimenti delle stesse, nel rispetto delle fasi e dei tempi di attuazione nonché del risultato atteso ed il giudizio positivo, negativo o neutrale, dell'incidenza delle suesposte misure. Gli esiti dei monitoraggi sono stati analizzati dal RPCT che ha ravvisato, talvolta, la necessità di un affinamento, in particolare in riferimento alle modalità di rendicontazione, mentre in altri casi la documentazione trasmessa non è stata completa o non è pervenuta; le summenzionate criticità sono state evidenziate dal RPCT con apposite note.

Dal monitoraggio del primo semestre 2021 risulta che lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione è buono, in quanto su 297 di target di misure specifiche rendicontate, risultano 284 in attuazione e 11 misure non ancora in corso di adozione, ma che lo saranno nei tempi previsti. Dal monitoraggio del secondo semestre 2021 risulta che lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione è buono, in quanto su 195 di target di misure specifiche rendicontate, risultano 180 in attuazione e 13 misure non ancora in corso di adozione.

Da una lettura comparativa dei documenti di rendicontazione è da rilevare una costante e continua attività di prevenzione della corruzione svolta; in alcuni casi le misure si presentano ben strutturate e recepite, in altri, sebbene non ancora realizzate compiutamente, risultano in via di progressiva definizione.

Un punto di debolezza è stato, invece, riscontrato in particolar modo alla assenza di rendicontazione del I° semestre del PTPCT 21/23 da parte di alcuni referenti del monitoraggio, un'oggettiva frammentarietà in alcuni casi delle misure specifiche ed alla maggiore difficoltà nella rendicontazione delle stesse.

E' stata svolta l'attività di impulso e di coordinamento rispetto alla messa in atto del processo di gestione del rischio da parte dell'RPCT attraverso una continua e costante azione orientata a sollecitare ed ad organizzare in tal senso i referenti aziendali, responsabili delle misure specifiche.

La verifica sulla corretta compilazione delle schede e delle informazioni inerenti le misure di prevenzione programmate, ha permesso di implementare inoltre un costante coordinamento, tra il RPCT e i referenti delle Unità Operative, intervenendo con note scritte nelle ipotesi di non conformità alla schede di monitoraggio delle misure specifiche e generali e nei casi di sollecitare la rendicontazione semestrale. Altresì, è stata effettuata anche attività di coordinamento nel mettere in atto l'attività formativa continua nei confronti dei referenti delle Unità Operative, volta ad una corretta comprensione degli adempimenti relativi la rendicontazione semestrale del PTPCT 21/22 ed ai processi di gestione del rischio.

Tenuto conto dell'impatto organizzativo, l'identificazione e la programmazione delle misure sono avvenute con il più ampio coinvolgimento dei soggetti cui spetta la responsabilità della loro attuazione, anche al fine di individuare le modalità più adeguate in tal senso. La programmazione delle misure consente così di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della

corruzione, principio chiave perché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a se stessa.

Sulla base del principio che la pianificazione anticorruzione delle amministrazioni devono consentire la personalizzazione della strategia di prevenzione le "Schede di mappatura dei processi e delle attività, individuazione dei comportamenti a rischio, valutazione del rischio, programmazione delle misure specifiche dell'ASP di Enna", allegate alla presente sezione, contengono un numero significativo di misure specifiche, proprio in quanto tali misure costituiscono il rimedio ritenuto più efficace ai fini del contrasto alla corruzione.

Si è svolta una attenta verifica in merito alla loro idoneità a neutralizzare i fattori abilitanti degli eventi a rischio descritti all'interno delle summenzionate Schede. Inoltre al fine di evitare che le misure programmate rimanessero una previsione astratta e garantire che fossero opportunamente progettate e scadenzate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione, ne stata effettuata la predisposizione delle stesse in una matrice elaborata nelle sopracitate Schede, secondo quanto suggerito nel paragrafo "5.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE", dell'ALLEGATO 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019 dell'ANAC.

Inoltre, la specifica mission istituzionale dell'ASP di Enna ha comportato la necessità di focalizzare una particolare attenzione all'interno dell'Amministrazione su alcune delle misure di carattere generale volte alla realizzazione degli obiettivi strategici.

E' da rilevare, intanto, che una misura posta in essere al fine di garantire la tutela del buon andamento della pubblica amministrazione e nella specie la costante implementazione delle strategie volte alla prevenzione della corruzione e dell'illegalità è stata la predisposizione di un applicativo informatico accessibile in evidenza sulla home page del sito istituzionale aziendale "Segnalazione illeciti" che consente di incentivare le segnalazioni relative a fenomeni corruttivi, tutelando i dipendenti che segnalano condotte illecite delle quali vengono a conoscenza in ragione della propria attività lavorativa, garantendo la riservatezza dell'identità e la protezione da eventuali misure ritorsive adottate dalle amministrazioni a causa della segnalazioni. Infatti, è necessario che la stessa segnalazione sia effettuata nell'interesse all'integrità della pubblica amministrazione che sta alla base del rispetto del principio di cui all'art. 97 della Costituzione, ratio tipica dello stesso sistema del whistleblowing, e che sia effettuata allorchè il dipendente ritenga ragionevolmente sussistenti i presupposti dell'ipotetica violazione.

Al fine di evitare di effettuare elaborazioni che rimanessero una previsione astratta, sono state predisposte "Schede di programmazione delle misure generali" su una matrice elaborata secondo quanto suggerito nel paragrafo "5.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE", dell'ALLEGATO 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019 dell'ANAC, opportunamente progettate e scadenzate a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione e che riportano le seguenti informazioni:

- tipologia misure;
- fasi e tempi di attuazione;
- indicatori di attuazione, necessari per misurare il livello di realizzazione della misura;
- valore target: ovvero l'obiettivo che è prefisso nell'applicazione della misura;
- soggetto responsabile: ovvero colui che è responsabile dell'attuazione.

È stata, poi, dedicata una particolare attenzione alla definizione degli indicatori di attuazione previsti per ciascuna misura e sono stati poi individuati i corrispondenti valori target; in conclusione si è proceduto, quindi, a redigere Schede di programmazione delle misure generali che contengono la ricognizione delle misure di prevenzione appunto di carattere generale.

Le misure di carattere generale, esposte nelle allegate "Schede di programmazione delle misure generali" e presentate di seguito, hanno una natura di strumenti ad applicazione generalizzata e di governo di sistema ed incidono trasversalmente sull'apparato complessivo della prevenzione della corruzione.

Il Codice di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i Codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico. È noto come la corruzione sia spesso

causata da un problema culturale, o da assenze di conoscenze delle regole di comportamento, pertanto per incidere su tali tipologie di fattori è utile adoperare misure di sensibilizzazione e di promozione.

Il Codice si caratterizza per un approccio concreto tale da consentire al dipendente di comprendere con facilità il comportamento eticamente e giuridicamente adeguato nelle diverse situazioni critiche, individuando modelli comportamentali per i vari casi e fornendo i riferimenti ai soggetti interni all'amministrazione per un confronto nei casi di dubbio circa il comportamento da seguire.

La presente misura di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è principale responsabilità di ogni Dirigente che, in quanto competente nella vigilanza della applicazione del Codice di comportamento (art. 15 D.P.R. 62/13) ed essendo a conoscenza dei processi e delle rispettive attività della propria Unità, è il soggetto idoneo ad individuare obiettivi individuale volti a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto del codice da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti.

## **La Trasparenza**

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto legislativo n. 33/2013, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 97 del 2016, recante norme in materia di *"Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*, questa amministrazione ha posto in essere tutte le misure idonee al fine di adeguarsi alla normativa riformata, cui si rimanda in toto.

Ai sensi del disposto dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013, si è provveduto a rappresentare nella Tabella Obblighi di pubblicazione i flussi per la pubblicazione dei dati, dove sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'ASP di Enna previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., sono identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati, sono definite le tempistiche per la pubblicazione.

Relativamente agli obblighi di pubblicazione, in ossequio con le disposizioni ANAC, è stata allegata alla presente sezione una griglia "Tabella obblighi di pubblicazione", contenente l'individuazione dei Responsabili della pubblicazione di tutte le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione, questa viene effettuata da ciascun Responsabile di Struttura mediante specifiche credenziali che gli consentono di accedere all'Amministrazione Trasparente del sito aziendale e, dunque, di dare attuazione agli obblighi di pubblicazione che afferiscono alla relativa unità operativa di cui è responsabile.

A tale riguardo, con riferimento ad un particolare obbligo di pubblicazione è da riportare che la Sent. della C. Cost. n. 20 del 23.01.2019 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del comma 1-bis dell'art.14 del D.Lgs.33/2013 nella parte in cui prevede che "le PP.AA. pubblicano i dati di cui all'art.14, co. 1 lett.f) del citato decreto, anche dei titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione", al fine di invitare i Responsabili dell'Unità Operativa ad adottare i provvedimenti conseguenti di propria competenza.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza dell'Autorità, ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi Dirigenti cui compete:

- a) l'individuazione e/o elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni;
- b) la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

Al RPCT è assegnato un ruolo di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, come individuati nell'Allegata Tabella Obblighi di pubblicazione, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati.

I Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. Le Unità cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati individuati nella citata Tabella allegata e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

## **L'inconferibilità ed incompatibilità per incarichi dirigenziali**

Le disposizioni in materia relative al Decreto Legislativo 39/13 tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali ed incarichi di funzione e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto: "...Si raccomanda alle amministrazioni/enti di prevedere già nel PTPCT adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 e di effettuare il monitoraggio delle singole posizioni soggettive, rivolgendo particolare attenzione alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne per reati contro la pubblica amministrazione."

L'art. 15 del d.lgs. 39/2013 stabilisce che il RPCT «... cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione, ente pubblico e ente di diritto privato in controllo pubblico siano rispettate le disposizioni del presente decreto sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. A tale fine il responsabile contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al presente decreto».

Tenuto conto dell'importanza di presidiare l'attività di conferimento degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni, è stato ritenuto necessario individuare una specifica misura generale tale da garantire l'acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico e la successiva verifica.

## **Il conferimento e l'autorizzazione incarichi ai dipendenti**

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 del D.lgs. 165/01 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7)."
---

Presso questa Azienda è vigente il "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali", che disciplina in merito agli incarichi normativamente vietati e ai criteri per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali comprendente anche la procedura per la presentazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione.

## **La rotazione straordinaria**

L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, che stabilisce che i dirigenti: "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva."

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare."

E' stato ritenuto necessario, pertanto, individuare tale specifica misura generale tale da garantire la verifica di eventuali procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente per condotte qualificabili come corruttive.

### **La rotazione ordinaria**

L'istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all'art. 16, co. 1, lett. l-quater<sup>28</sup>.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...La rotazione "ordinaria" del personale è una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali."

La programmazione della rotazione richiede soprattutto il forte coinvolgimento di tutti i dirigenti presenti all'interno dell'Azienda e la supervisione del RPCT. Infatti, è fondamentale che la rotazione sia programmata dopo che siano state individuate le aree a rischio corruzione e al loro interno le unità maggiormente esposte a fenomeni corruttivi, tenendo in considerazione la doverosa pluriennalità e gradualità della misura.

In particolare, tenuto conto dell'importanza della rotazione del personale presso le pubbliche amministrazioni, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale tale da garantire l'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione e di un trasparente processo di rotazione.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro o divieti post-employment (pantouflage)

Il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001 dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

L'esercizio di poteri autoritativi e negoziali è da riferire in primo luogo ai soggetti che esercitano per conto della pubblica amministrazione tali poteri, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente.

Rientrano, però, in tale ambito tutti quei dipendenti per i quali sussiste il rischio di preconstituersi situazioni lavorative favorevoli al configurarsi della fattispecie in esame. In tale senso nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...Si è ritenuto, inoltre, che il rischio di preconstituersi situazioni lavorative favorevoli possa configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere AG/74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

L'Autorità ha avuto modo di chiarire che nel novero dei poteri autoritativi e negoziali rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017)."

Considerata, quindi, l'importanza dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale per prevenire il precostituirsi di situazioni lavorative favorevoli all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro in violazione dei citati divieti post-employment (pantouflage).

## **Il Conflitto di interessi**

Occorre tener presente che le disposizioni sul conflitto di interessi fanno riferimento, sia a situazioni palesi di conflitto di interessi reale e concreto, sia a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

La materia del conflitto di interessi è trattata nel Codice Aziendale di Comportamento che stabilisce al comma 3 dell'art. Articolo 9. "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse" un importante obbligo di verifica delle dichiarazioni in ordine agli eventuali profili di conflitto di interessi in capo al dirigente responsabile dell'unità operativa o struttura di appartenenza del dipendente.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è previsto che nel PTPCT è opportuno evidenziare in quale modo le citate verifiche devono essere svolte ed è portata ad esempio, altresì, la misura dell'individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle suddette dichiarazioni.

Tenuto conto, quindi, dell'importanza dell'individuazione del soggetto competente ad effettuare la verifica delle dichiarazioni relative il conflitto di interessi, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale di controllo atta a verificare le dichiarazioni rese dal personale e dai collaboratori/ consulenti in servizio presso l'U.O..

La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici: l'art. 35-bis del d.lgs. 165 del 2001

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...Ai fini dell'applicazione dell'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs. 39/2013 sopra riportati, le pubbliche amministrazioni, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono tenuti a prevedere nei PTPCT o nelle misure di prevenzione della corruzione integrative del "modello 231", le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez. I, n. 7598/2019, cit.);
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d.lgs. 39/2013."

Considerata l'importanza della prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale di acquisizione delle dichiarazioni di inesistenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, previamente alla formazione di commissioni e alle assegnazioni agli uffici, previste alle lettere a), b) e c) dell'art. 35 - bis del D.lgs. 165.

## **I patti d'integrità**

Le pubbliche amministrazioni, in attuazione dell'art. 1, co. 17, della l. 190/2012, possono inserire negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Visto che i protocolli di legalità o patti di integrità hanno la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e a garantire il pieno rispetto del buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale con la quale prevedere che il 100 % delle procedure bandite devono essere corredate da documentazione contenente i protocolli di legalità o patti d'integrità

## **La formazione**

Tra le misure di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare nell'ambito della sezione anticorruzione rientra la formazione in materie inerenti il rischio corruttivo.

L'art. 1, co. 9, lett. b) e c) della L. 190/2012 stabilisce, infatti, che il Piano debba prevedere, per le attività a più elevato rischio di corruzione: "... b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione; c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del responsabile, individuato ai sensi del comma 7, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano; ...".

E' stato ritenuto fondamentale individuare tale specifica misura generale, con la quale prevedere in caso di richiesta di supporto lo svolgimento da parte dell'ufficio del RPCT di un'attività di formazione rivolta ai Dirigenti-Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza, avente ad oggetto sia la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione ed il loro monitoraggio, che gli obblighi di pubblicazione di cui al D.lgs. 33/13, allo scopo di rafforzare la collaborazione delle unità operative nell'attuazione della strategia anticorruzione.

Misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari

Tra le misure generali che le amministrazioni è opportuno adottino, l'Anac ha individuato quelle volte a garantire una corretta interlocuzione tra i decisori pubblici e i portatori di interesse, rendendo conoscibili le modalità di confronto e di scambio di informazioni.

Nel PNA 2019, Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 è esposto che: "...L'Autorità auspica sia che le amministrazioni e gli enti regolamentino la materia, prevedendo anche opportuni coordinamenti con i contenuti dei codici di comportamento; sia che la scelta ricada su misure, strumenti o iniziative che non si limitino a registrare il fenomeno da un punto di vista formale e burocratico ma che siano in grado effettivamente di rendere il più possibile trasparenti eventuali influenze di portatori di interessi particolari sul processo decisionale."

A tale riguardo è da evidenziare che il RPCT ha predisposto di concerto con Il Direttore della Farmacia protempore la proposta di Deliberazione opportuno "Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici e fornitori di presidi sanitari" e predisposto la relativa Delibera di approvazione.

Visto che le misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari non devono limitarsi a regolare il fenomeno da un punto di vista formale e burocratico ma devono essere in grado effettivamente di rendere il più possibile trasparenti eventuali influenze di portatori di interessi particolari, è stato ritenuto necessario individuare tale specifica misura generale con la quale prevedere un adempimento relativamente all'obbligo di non accettare compensi sotto qualsiasi forma, omaggi o altre utilità da società farmaceutiche, informatori o da chiunque produca, o promuova farmaci o dispositivi medici o ausili prescrivibili agli utenti dell'Azienda, ex articolo 28, comma 1, lettera i) del codice di comportamento .

## **Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure**

Il monitoraggio sull'idoneità e l'attuazione delle misure di prevenzione è una fase fondamentale nel ciclo di gestione del rischio, infatti il monitoraggio ha il ruolo di nodo cruciale del processo di gestione del rischio, volto sia a verificare l'attuazione delle misure di prevenzione programmate, sia a controllare che la strategia programmata abbia un'effettiva capacità di contenimento del rischio corruttivo. Questa attività mette, inoltre, nelle condizioni l'amministrazione di introdurre azioni correttive e di adeguare la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Una prima fase del monitoraggio riguarda l'attuazione delle misure di prevenzione e la verifica della loro idoneità, ciò consente di valutare se mantenere o meno le misure di prevenzione programmate o addirittura di aggiungerne di nuove in relazione alla loro effettività, sostenibilità e adeguatezza. Un monitoraggio effettivo consente di verificare i casi in cui le misure, pur se attuate, in realtà sono perfettibili e possono essere rese più sostenibili, concrete, chiare, utili e non superflue.

Il monitoraggio è progettato e poi attuato nel corso dell'anno dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con il supporto dell'Ufficio del RPCT ed in particolare con il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei Dirigenti-referenti. Ciò nella prospettiva di superare l'autoreferenzialità nella valutazione dell'idoneità della strategia di prevenzione della corruzione elaborata, anche, sotto il profilo della pianificazione del monitoraggio.

Particolare attenzione merita la figura del Dirigente-referente, infatti la complessità dell'organizzazione aziendale ha fatto ritenere opportuno l'affiancamento al Responsabile della prevenzione della corruzione di referenti – dirigenti, responsabili di struttura, in modo da assicurare un supporto al RPCT nella gestione generale che diventa più incisivo negli ambiti a più alto rischio di corruzione.

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nella presente sezione sono il risultato di un'azione sinergica del RPCT e dei singoli Referenti, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

Resta inteso che i Referenti agiscono anche quali referenti per la Trasparenza che fa parte integrante della presente sezione.

I Referenti concorrono con il Responsabile anticorruzione e trasparenza a:

- a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza della sezione anticorruzione;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti e l'accesso civico generalizzato;
- e) monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- g) contribuire al monitoraggio dell'idoneità e l'attuazione delle misure di prevenzione.

I Referenti del RPCT concorrono con il Responsabile della prevenzione della corruzione, a verificare l'efficace attuazione della sezione e della sua idoneità e ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione. Tali Referenti sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dipendenti delle strutture cui sono rispettivamente preposti.

Tutti i dirigenti dell'Azienda, a prescindere dal livello di responsabilità dei Referenti, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza.

Il monitoraggio è previsto su tutti i processi delle misure programmate e su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad attuare le misure e il secondo è in capo al RPCT. Essendo pianificato il monitoraggio su più livelli, è previsto nel corso dell'anno una modalità di confronto tra il RPCT (e la struttura di supporto) e i responsabili dell'attuazione delle misure, mediante l'uso di un sistema di rendicontazione.

Il responsabile del monitoraggio di primo livello informa il RPCT sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio, dando anche una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contenere. Il monitoraggio di primo livello è accompagnato da verifiche successive del RPCT e dal suo Ufficio, svolte

attraverso il controllo degli indicatori e dei target attesi previsti per l'attuazione delle misure all'interno della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

A tal fine, sono stati concepiti un modulo di rendicontazione semestrale la "Scheda di rendicontazione delle misure specifiche" e le "Schede di rendicontazione delle misure generali", che richiedono due step di rendicontazione da parte dei Dirigenti-referenti: nel primo e nel secondo semestre dell'anno. Nelle summenzionate Schede di monitoraggio sono indicate, per ciascuna misura, gli elementi e i dati da monitorare, al fine di verificare il grado di realizzazione delle misure riportate all'interno delle mappature, parametrato al target prefissato, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi. Per ciascuna misura, si indicano lo stato di attuazione, le fasi e i tempi di attuazione, il risultato raggiunto in rapporto all'indicatore di monitoraggio e al target, definiti in fase di programmazione delle misure e il soggetto responsabile. Si sottolinea inoltre che le summenzionate Schede di rendicontazione sono state predisposte con colonne contenenti domande già formulate per le quali è richiesto di esprimere una scelta, mediante esposizione di lettere e spunte sulla risposta confacente. Nello specifico, la colonna relativa la rendicontazione dell'attuazione è volta ad acquisire le informazioni relative all'effettiva realizzazione delle misure, utili anche a manifestare le possibili e diverse cause di mancata adozione delle misure specifiche e generali da attuare. La struttura delle Schede di rendicontazione citate sono completate infine con una domanda volta a comprendere come le misure, se attuate, abbiano inciso sull'impatto-effetto positivo-negativo-neutrale delle misure stesse.

In una logica di gradualità progressiva e di apertura della sezione anticorruzione i processi e le misure da monitorare potranno essere individuati in processi di attività non pianificate, di cui però si è venuto a conoscenza in corso d'anno, come per esempio nella prospettiva della valutazione del rischio l'attuazione di eventuali progettualità relativi il PNRR.

Infine, per la ricognizione dei procedimenti amministrativi si sottolinea che il processo di attuazione della Legge n. 190/2012 richiede inoltre il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti. L'adempimento a tal riguardo avviene mediante le compilazioni da parte dei Dirigenti referenti di apposite "Schede di monitoraggio trimestrale dei termini procedimenti amministrativi e di quelli conclusi con ritardo", predisposte dall'Ufficio del RPCT che richiedono per ogni U.O. le seguenti informazioni.

DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROCEDIMENTO	FONTI NORMATIVE	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	INIZIO PROCEDIMENTO (D'UFFICIO, SU ISTANZA, ECC.)	ATTO CONCLUSIVO (DELIBERAZIONE, DETERMINAZIONE, ORDINE, ecc.)	TERMINI DEL PROCEDIMENTO

Denominazione dei Procedimenti Amministrativi Conclusi con Ritardo	Problematiche/Motivazioni Giustificative del Ritardo	Correttivi Adottati per il Miglioramento

### **La programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato**

Relativamente agli obblighi di pubblicazione, in ossequio con le disposizioni ANAC, è stata allegata alla presente sezione una griglia "Tabella obblighi di pubblicazione", contenente l'individuazione dei Responsabili della pubblicazione di tutte le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione che viene effettuata da ciascun Responsabile di Struttura mediante specifiche credenziali che gli consentono di accedere all'Amministrazione Trasparente del sito aziendale e, dunque, di dare attuazione agli obblighi di pubblicazione che afferiscono alla relativa unità operativa di cui è responsabile.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, il sistema organizzativo per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti. Infatti, ai sensi del disposto dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013, si è provveduto a rappresentare nella sopracitata Tabella Obblighi di pubblicazione i flussi per la pubblicazione dei dati, dove sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'ASP di Enna previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., sono identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati, sono definite le tempistiche per la pubblicazione.

Alla programmazione dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione segue la verifica circa la corretta attuazione degli obblighi previsti dal d.lgs. n. 33/2013. L'art. 6, co 1, del d.lgs. n. 33/2013 dispone che: "Le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'articolo 7".

Il monitoraggio sulle misure di trasparenza consente al RPCT di verificare il livello di adempimento degli obblighi di trasparenza, indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate e le cause che rallentano l'adempimento.

Tale monitoraggio è altresì volto ad accertare la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la capacità di rilevare le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi.

I risultati dei monitoraggi sulle misure di trasparenza adottate e sulle richieste di accesso civico, semplice e generalizzato, sono funzionali alla verifica del conseguimento degli obiettivi strategici dell'amministrazione e, in particolare, di quelli orientati al raggiungimento del valore pubblico.

Le risultanze del monitoraggio sono rilevanti sia ai fini della programmazione delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione che per verificare quanto si sia effettivamente tenuto conto degli interessi conoscitivi della collettività e degli stakeholders. Al fine di evitare che il monitoraggio sulla trasparenza assuma un aspetto formale, è stato concepito un modulo di rendicontazione semestrale sulla "Trasparenza" tra le "Schede di rendicontazione delle misure generali" con due step di rendicontazione da parte dei Dirigenti-referenti: nel primo e nel secondo semestre dell'anno. Nella summenzionata Scheda è indicata con riferimento alle procedure volte all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, a seconda delle tipologie di dati, come, indicate nell'Allegata "Tabella obblighi di pubblicazione", di effettuare una informativa al RPCT da parte del 100% dei Dirigenti-referenti responsabili della trasmissione/pubblicazione dei dati, sul compiuto adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati di loro competenza in Amministrazione Trasparente, al fine di verificare il grado di realizzazione della misura in esame, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi. Per la misura da monitorare, sono indicati lo stato di attuazione, le fasi e i tempi di attuazione, il risultato raggiunto in rapporto all'indicatore di monitoraggio e al risultato atteso ed il soggetto responsabile. Si sottolinea inoltre che la summenzionata Scheda di rendicontazione è completata infine con una domanda volta a comprendere come la misura, se attuata, abbia inciso sull'impatto-effetto positivo-negativo-neutrale delle misure stesse.

Alla realizzazione di un monitoraggio costante contribuisce anche il ricorso da parte delle amministrazioni ad un sistema di controllo di gestione informatizzato in cui la mappatura dei processi, che costituiscono l'unità di analisi del controllo di gestione, è allineata a quella dei processi che rilevano in sede di monitoraggio della presente sezione. Con riferimento a questa Azienda, in particolare, è da considerare l'allineamento delle due sopracitate mappature relative all'evoluzione della trasparenza all'interno del sito aziendale, che consente e consentirà così di svolgere congiuntamente l'attività di monitoraggio del RPCT e dell'Unità che si occupa del controllo di gestione.

Le amministrazioni monitorano la corretta attuazione dell'accesso civico semplice e generalizzato. A ciò concorre l'adozione di una disciplina specifica interna nella quale sono individuati gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso o la procedura per la valutazione delle richieste. Altra modalità con cui dare attuazione al monitoraggio sugli accessi è la verifica sulla pubblicazione e la corretta tenuta del registro degli accessi. Per l'accesso civico generalizzato, in particolare, tale strumento consente di dar conto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso.

Questa Azienda ha adottato la Delibera n. 166/18 con la quale ha approvato la "Disciplina e misure organizzative del diritto di accesso a atti e documenti amministrativi e del diritto di accesso civico", disciplinante le forme di accesso ai documenti e agli atti amministrativi dell'Azienda, con allegata la relativa modulistica per l'esercizio concreto del diritto d'accesso.

Inoltre, è stata prevista la Scheda semestrale "Registro Accessi" nella quale ciascun Dirigente referente annovera tutte le richieste che pervengono alla struttura di relativa competenza. E' da evidenziare che tra gli obblighi di monitoraggio, permane la trasmissione da parte dei Dirigenti Referenti della sopracitata Scheda semestrale "Registro Accessi", nella quale è necessario indicare le istanze di accesso civico generalizzato ai dati o i documenti, ai sensi dell'art. 5 co. 2 del D.LGS. 33/2013, fornendo le informazioni nel rispetto della seguente matrice.

N. ordine	N. Prot.	Data richiesta	Soggetto richiedente	Oggetto	Ufficio destinatario	Data di trasmissione e PEC	Protocollo Ufficio destinatario	Data del provvedimento e di pubblicazione (ove prevista)	Esito e/o conclusione dell'istanza

Al fine di offrire maggiore facilità di utilizzo dello strumento dell'accesso civico l'Ufficio del RPTC ha provveduto alla riorganizzazione della Sezione Amministrazione trasparente, Altri contenuti-Accesso civico, al fine di fornire compiute informazioni sul procedimento da seguire e sulla relativa modulistica in materia di Accesso civico semplice e generalizzato ed altresì esporre il registro degli accessi suddivisi per annualità e contenenti l'elenco delle richieste di accesso presentate, aggiornato semestralmente, come indicato nell'Allegato 1 delle Linee Guida A.N.AC. - Delibera n. 1309/2016.

## Sezione 3 Organizzazione e capitale umano

### 3.1 Struttura organizzativa

La struttura organizzativa è stata sviluppata in base alle linee guida regionali e in considerazione delle esigenze espresse dal territorio e dalla comunità relativamente alla domanda di salute.

L'architettura è di tipo gerarchico-funzionale e strutturata per aree di attività:

1. Servizi generale e di supporto
2. Servizi dell'assistenza territoriale – distrettuale
3. Servizi dell'assistenza territoriale – dipartimentale
4. Servizi dell'assistenza ospedaliera.

La precedente struttura consente di avere una visione con riferimento ai rispettivi macro-livelli LEA con l'idea di correlare, quanto più possibile, l'apporto delle attività e delle interdipendenze funzionali al soddisfacimento degli standard LEA. Ciò si traduce, in una prospettiva di soddisfacimento della domanda caratterizzata dai LEA, in un'azione mirata a orientare più efficacemente un'offerta strutturata quanto più vicino possibile all'effettivo bisogno espresso.

Quanto sopra risponde alla logica di realizzare un "**sistema orientato al valore pubblico**" con una visione equilibrata tra il perseguimento del benessere sociale equo e sostenibile e le esigenze di coordinamento, organizzazione ed erogazione delle attività che tuttavia rispondono, attualmente, a una logica di governo condizionata da un consistente carattere burocratico-normativo.

Di seguito si rappresenta graficamente la struttura organizzativa.



### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

Con la Legge 7 agosto 2015, n.124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" – c.d. riforma Madia – entra nell'ordinamento giuridico italiano il cosiddetto lavoro agile quale forma alternativa e flessibile di rapporto di lavoro nella Pubblica Amministrazione, con obiettivo iniziale di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro, anche al fine di tutelare le cure parentali. Infatti, l'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n.124 prevede che le amministrazioni "adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile ...".

Successivamente alla Legge 124/2015 è stata emanata la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" definendo il lavoro agile quale "...modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Si prevede che la prestazione lavorativa debba essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva". E' stato previsto, altresì, l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego, in quanto compatibile "nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti".

In attuazione di tali norme il 3 giugno 2017 il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato la direttiva n. 3/2017 – recante le linee guida sul lavoro agile nella PA – che è divenuto il principale riferimento per la disciplina del lavoro agile nella PA prima dell'emergenza COVID- 19.

Tuttavia, per lungo tempo, le disposizioni riguardanti il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione sono rimaste inattuata o poco considerate.

A seguito dell'emergenza pandemica connessa al COVID-19, le pubbliche amministrazioni hanno adottato repentinamente una serie di misure efficaci a contenere la diffusione del virus. Con lo stravolgimento dell'intero sistema delle relazioni sociali e con l'imposizione del distanziamento sociale e fisico, è nata la necessità di apportare profonde modifiche anche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e, pertanto, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori, dal mese di marzo 2020 il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione subisce una brusca accelerata.

Il DPCM 8 marzo 2020, all'art. 2-lett. r) prevede esplicitamente il ricorso alle modalità del lavoro agile per la durata dello stato di emergenza.

Il decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" l'art. 87 (come modificato dal decreto legge 14 agosto 2020, n.104) ha previsto che "fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile è una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Conseguentemente le amministrazioni:

a) limitano la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell'emergenza;

b) prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23, della legge 22 maggio 2017, n. 81". La norma prevede che la prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione.

Il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19", convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all'art. 263 comma 4-bis che "entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1 lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. L'obiettivo del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è la definizione delle modalità attuative del lavoro agile quale modalità ordinaria del lavoro all'interno delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento dei lavoratori, per tutte quelle attività che possono essere svolte nella modalità a distanza.

Inoltre, il legislatore con decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126 avente ad oggetto "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" all'art. 21-bis e 21-ter ha disciplinato rispettivamente il lavoro agile e il congedo straordinario per i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente per contatti scolastici nonché il lavoro agile per genitori con figli con disabilità.

Nell'ottica di disciplinare a regime il lavoro agile nell'ambito delle amministrazioni pubbliche il Ministro per la Pubblica Amministrazione in data 19 ottobre 2020 ha emanato un apposito decreto col quale sono state impartite ulteriori disposizioni attuative in applicazione della normativa sopra indicata.

Successivamente, al fine di fornire specifiche direttive uniformi alle Pubbliche Amministrazioni, in ordine all'organizzazione e alla programmazione del lavoro agile, sono state emanate con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione datato 9 dicembre 2020, le Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

## **Obiettivi del lavoro agile**

Con il lavoro agile l'ASP di Enna intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

- Sviluppare maggior autonomia e senso di responsabilizzazione del dipendente nella produttività e nella qualità del lavoro.
- Agevolare la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale, permettendo una maggiore soddisfazione e flessibilità nell'organizzazione del lavoro.
- Sviluppare e diffondere una cultura orientata ai risultati, anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con i tradizionali strumenti di collaborazione.
- Valorizzare le competenze del personale mediante la formazione delle tecnologie digitali, migliorando il benessere organizzativo.
- Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità.
- Promuovere un miglioramento qualitativo dei servizi resi alla collettività in termini di efficienza ed efficacia.

## **Livello di attuazione e sviluppo**

A causa del protrarsi dell'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Covid-19 fino al 31 marzo 2022, l'ASP di Enna non ha ancora adottato un proprio Piano Organizzativo per il Lavoro Agile (POLA), così come previsto dall'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015 n. 124, modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77. Tale adempimento è comunque in fase di definizione, atteso anche il necessario coinvolgimento delle organizzazioni sindacali al riguardo. Nonostante ciò, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna ha posto in essere gli adempimenti necessari al fine di adeguarsi alla normativa vigente, tenendo conto delle misure organizzative e del raggiungimento degli obiettivi oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa, in quanto tenuta al rispetto dei limiti imposti nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente. Il ricorso all'attività di smart working è avvenuto, come per tutte le altre Pubbliche Amministrazioni, in coincidenza con l'insorgere dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid-19. Con nota protocollo n. 26765 dell'1.4.2020 la direzione aziendale ha emanato la direttiva in materia di lavoro agile da seguire per autorizzare i dipendenti a svolgere tale modalità lavorativa durante l'emergenza pandemica escludendo le attività indifferibili da rendere in presenza con l'obiettivo primario volto a garantire il necessario supporto ai servizi di assistenza sia di tipo sanitario che socio sanitario.

La gestione del lavoro agile è rimessa al Dirigente responsabile della struttura che deve:

- organizzare il proprio Ufficio assicurando, su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale, lo svolgimento del lavoro agile alle percentuali, via via previste dalle normative, di personale preposto alle attività che possono essere svolte secondo tale modalità, dando priorità ai lavoratori fragili cui deve essere garantita ogni soluzione utile ad assicurare lo svolgimento di attività in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione ricompresa nella medesima categoria;
- favorire la rotazione (secondo i criteri di cui al Decreto Ministero della Pubblica Amministrazione del 19-10-2020) del personale in smart working al fine di assicurare un'equilibrata alternanza tra lo svolgimento dell'attività in modalità agile ed in presenza ed in quest'ultimo caso, deve tenere in debito conto le prescrizioni sanitarie vigenti per il distanziamento interpersonale, adeguando la presenza dei lavoratori negli ambienti di lavoro a quanto stabilito nei documenti di valutazione dei rischi;
- individuare delle fasce temporali di flessibilità oraria, compatibili con il normale svolgimento dell'attività lavorativa, al fine di evitare concentrazioni di personale durante l'accesso agli ambienti di lavoro e l'uscita dal contesto di lavoro;
- monitorare e verificare le prestazioni rese in modalità agile sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, garantendo che tale modalità assicuri il buon andamento dell'attività da parte dell'Ufficio a cui è preposto e la continuità amministrativa dell'attività aziendale.
- assegnare ai lavoratori da remoto obiettivi specifici e misurabili ed il cui conseguimento risulti tracciabile.

## **Modalità attuative**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna sta provvedendo a disciplinare il lavoro agile secondo le linee guida del POLA, mediante una graduale elaborazione di un programma di sviluppo articolato in più fasi e tenendo conto delle esperienze fatte sino ad oggi.

## **Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile**

L'Amministrazione descrive in modo sintetico, per ciascuno dei soggetti coinvolti, il ruolo, le strutture, i processi, gli strumenti funzionali all'organizzazione e al monitoraggio del lavoro agile, avendo cura di evidenziare le interazioni tra i soggetti.

Tra i soggetti destinatari del Piano vi è, innanzitutto, il personale dipendente a rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, potendosi comunque valutare criteri e modalità per ammettere al lavoro agile anche altro personale operante nell'Azienda legato da una diversa tipologia contrattuale. Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile non muta gli obblighi, i doveri e i diritti né in capo al datore di lavoro né in capo al dipendente, in forza delle vigenti norme di legge, di contratto e delle disposizioni aziendali attualmente vigenti. In caso di ferie, malattia e qualunque altro tipo di assenza, il dipendente che svolge la prestazione lavorativa in modalità agile è tenuto a rispettare gli oneri di comunicazione e/o richiesta di autorizzazione previsti. Ruolo centrale nella organizzazione del lavoro agile svolge il Dirigente della struttura al quale si richiede la capacità di utilizzarlo soprattutto come strumento funzionale al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Prioritario è il processo di mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile al fine di individuare le attività che debbano essere escluse in toto o in parte dallo smart working.

Sono coinvolti anche alcuni organismi aziendali quali Comitato Unico di Garanzia, per gli aspetti relative alla utilizzazione del lavoro agile come strumento di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata, l'OIV per la valutazione della performance, ed Responsabile della Transizione digitale con riferimento alle infrastrutture digitali a consentire e favorire lo sviluppo dello smart working.

### **Programma di sviluppo del lavoro agile: fattori abilitanti.**

Gli step del programma di sviluppo della modalità lavorativa in argomento saranno articolati nel seguente modo:

- Una prima fase di avvio, che nella sostanza è già stata parzialmente testata nel periodo pandemico mediante l'utilizzo di basilari misure organizzative;
- Una seconda fase di sviluppo intermedio, con redazione di un apposito regolamento che preveda le specifiche azioni per la fattispecie sanitaria non contemplate nelle linee guida ministeriali;
- Una terza fase di sviluppo avanzato, con l'implementazione della modalità lavorativa in smart working.

Occorre tener conto che la modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha delle caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso specifico, per le dimensioni del territorio e per la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione.

In linea di massima si ritiene che possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

1. siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
2. possano essere svolte da remoto e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore presso la sede di servizio;
3. prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
4. richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;
5. siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Il che presuppone una mappatura dei processi, dei procedimenti amministrativi e delle attività di competenza dei diversi Settori che possono essere svolti in modalità agile.

### 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

A seguito del D.A. n. 22/2019 con il quale l'Assessorato della Salute ha adottato la Nuova Rete Ospedaliera Siciliana, questa Azienda ha proceduto, per ultimo con deliberazione n. 902 del 19.6.2020, a prendere atto del D.A. n. 483 del 4.6.2020 di approvazione del proprio Atto Aziendale.

Con successivo D.A. n. 2201/2019, integrato con nota n. 5462 del 29/1/2021 al fine di aggiornare le stesse agli interventi normativi adottati a seguito dell'emergenza pandemica da COVID-19, l'Assessorato della Salute ha emanato le Linee guida per la rideterminazione dei Piani del Fabbisogno e Dotazioni Organiche stabilendo precise metodologie, criteri e standard nonché lo schema tipo Assessoriale da adottare.

Con deliberazione n. 708 del 10.5.2021, parzialmente rettificata con deliberazione n. 1516 del 21.10.2021, si è proceduto ad adottare il Piano Triennale del Fabbisogno 2021/2023 e la Dotazione Organica che sono stati approvati con D.A. n. 1499/2021 del 31.12.2021 di cui si è preso atto con deliberazione n. 5 del 5.1.2022.

Tabella riepilogo 2021-2023 - Piano dei Fabbisogni del Personale Dipendente

MACROPROFILI	2021			2022			2023		
	Personale dipendente								
	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>									
di cui Medici	462	462	46.988.172	58	520	52.887.120	29	549	55.836.594
di cui Veterinari	4	26	2.750.826	2	28	2.962.428	-	28	2.962.428
di cui Altri Dirigenti Sanitari	27	55	4.427.583	3	58	4.700.111	2	60	4.884.249
di cui Dirigenti PTA	17	35	2.742.316	7	42	3.375.644	-	42	3.375.644
<b>TOTALE DIRIGENTE</b>	<b>510</b>	<b>578</b>	<b>56.908.897</b>	<b>70</b>	<b>648</b>	<b>63.925.303</b>	<b>31</b>	<b>679</b>	<b>67.058.915</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>									
di cui Infermiere	56	780	33.596.285	28	808	34.802.582	6	814	35.061.002
di cui Altro Comparto Sanitario	39	143	6.308.239	16	159	7.004.607	6	165	7.265.011
di cui OSS-OTA-ASA	100	279	8.191.099	50	329	9.725.429	30	359	10.657.099
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapia	16	45	1.758.724	8	53	2.084.792	5	58	2.282.762
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	71	245	8.439.104	17	262	9.103.149	4	266	9.258.589
di cui Altro Comparto Tecnico	39	157	5.684.523	4	161	5.850.563	-	161	5.850.563
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>321</b>	<b>1.649</b>	<b>63.977.974</b>	<b>123</b>	<b>1.772</b>	<b>68.571.122</b>	<b>51</b>	<b>1.823</b>	<b>70.375.026</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO PERSONALE</b>	<b>831</b>	<b>2.227</b>	<b>120.886.871</b>	<b>193</b>	<b>2.420</b>	<b>132.496.425</b>	<b>82</b>	<b>2.502</b>	<b>137.433.941</b>

Tabella riepilogo 2021-2023 - Piano dei Fabbisogni del Personale Convenzionato

MACROPROFILI	2020						2021						2023					
	Emergenza Territoriale		Guardia Medica		Specialisti Ambulatoriali		Emergenza Territoriale		Guardia Medica		Specialisti Ambulatoriali		Emergenza Territoriale		Guardia Medica		Specialisti Ambulatoriali	
	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>																		
di cui Medici	-	16	-	67	34	35	3	19	14	1	-	35	-	19	3	84	-	35
di cui Veterinari					1	31				1	32						1	33
di cui Altri Dirigenti Sanitari					-	5				-	5						-	5
di cui Dirigenti PTA																		
<b>TOTALE FABBISOGNO 2019</b>	<b>-</b>	<b>16</b>	<b>-</b>	<b>67</b>	<b>35</b>	<b>71</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>72</b>	<b>-</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>84</b>	<b>1</b>	<b>73</b>

Per quanto concerne le strategie di copertura del fabbisogno, l'Azienda metterà in campo le diverse modalità di assunzione previste dalla normativa vigente.

Al fine di valorizzare le professionalità interne e nei limiti delle vigenti capacità assunzionali, prevede di avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 22, comma 15, del d.lgs. n. 75 del 2017, per attivare le procedure selettive per la progressione verticale del personale interno.

Al fine di superare il precariato e ridurre il ricorso ai contratti a termine si continuerà a fare ricorso alle procedure di stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato previste dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 75/2017.

Si continuerà, inoltre, a garantire il rispetto delle assunzioni obbligatorie di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68;

Per le assunzioni a tempo indeterminato si procederà ad espletare le seguenti procedure previste dalle disposizioni di legge:

- Mobilità volontaria prevista dall'art. 30 del D. Lgs.165/01 provvedendo, in via prioritaria alla immissione in ruolo dei dipendenti provenienti da altre amministrazioni in posizione di comando o fuori ruolo;
- Utilizzazione delle proprie graduatorie concorsuali vigenti, nonché l'utilizzazione delle graduatorie dei concorsi pubblici in corso di validità approvate da altre Aziende ed Enti del SSN;
- Procedure concorsuali.

L'Azienda ricorrerà all'assunzione di personale a tempo determinato solamente nei seguenti casi:

- nelle more della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato;
- per esigenze di carattere straordinario e temporaneo;
- per la sostituzione di dipendenti assenti per periodi per i quali possono essere attivati incarichi di supplenza e ove ciò risulti indispensabile.

Nella redazione del PTFP si è tenuto conto anche dell'andamento delle cessazioni del personale (annuali e nell'arco del triennio). A seguito della rideterminazione del piano di fabbisogno ed ai fini del monitoraggio e della verifica del rispetto del tetto di spesa, l'Azienda si riserva, anche in connessione con l'andamento dei processi di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, di predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato ed altre tipologie di lavoro flessibile.

## **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

La Formazione nella Pubblica Amministrazione deve avere come obiettivo la capacità di fare acquisire saperi utili, applicabili e verificabili nella quotidianità del lavoro e della relazione, che diano competenze tecniche e relazionali utili al prendersi cura del cittadino, a costruire e gestire percorsi assistenziali adeguati sia ai bisogni degli utenti che dei familiari e degli stakeholder in genere; oggi più di ieri in una logica di attenzione ai servizi territoriali e domiciliari ed alla digitalizzazione.

Se è necessario dare senso a ciò che facciamo, è necessario individuare il ruolo che ciascun livello di responsabilità deve dare alla programmazione aziendale della formazione. Per avere una progettazione condivisa è necessaria la partecipazione attiva, sin dalla fase di ideazione e progettazione, dei diversi livelli di responsabilità a partire dalla direzione strategica, investita dei macroobiettivi di salute nel territorio, proseguendo poi con i diversi ruoli di management ed organizzativi quali i Dipartimenti, le UU.OO. e gli operatori.

Una progettazione condivisa non può che accrescere l'interesse, la motivazione e la partecipazione al percorso

formativo di tutto il personale coinvolto.

Tale logica si ritrova anche nel sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) e specificamente nel "Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM" e nel "Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario", frutto della Commissione nazionale formazione continua e dei lavori prodotti dalle altre commissioni presso l'AGENAS per il sistema ECM.

Tali strumenti non hanno solo una valenza normativa, formale, ma si pongono un obiettivo di senso, di significato da attribuire al percorso formativo sotto aspetti diversi: tecnico- professionale, procedurale e di sistema, intendendo con ciò l'ampliamento delle competenze del professionista in una logica di qualità, intesa come la capacità del prendersi cura, del costruire comunità di pratica fondate su valori condivisivi e su un concetto di etica intesa come "cura della propria dimora".

L'ASP di Enna con DDG 01380/12 del Luglio 2012 è stata accreditata provvisoriamente in qualità di Provider ECM con il numero identificativo ID 401.

Nell'anno in corso ha rinnovato il suo Piano Qualità in data 30/03/2022 ed il Comitato Scientifico adeguandolo ai requisiti di accreditamento ECM con Delibera n. 428 del 24/03/2022.

## **Il Piano Formativo Aziendale**

Il sistema di Formazione aziendale, segue non solo le direttive del sistema di formazione continua in medicina (ECM) trattandosi di azienda sanitaria, ma anche gli adempimenti relativi alla Pubblica Amministrazione prioritariamente attraverso la costruzione del Piano Formativo Aziendale (PAF), a valenza annuale ma con possibile riferimento ad obiettivi triennali.

La prima fase per la costruzione del PAF è quella della rilevazione dei bisogni formativi. Essa è una delle azioni che rientrano in una logica di programmazione aziendale, in stretta connessione con la programmazione dello sviluppo dei servizi, delle competenze utili a tale sviluppo, del miglioramento organizzativo, della crescita della sicurezza per il cittadino e per gli operatori, rapportata alle risorse assegnate.

In sintesi è un vero atto di programmazione che vede il coinvolgimento di tutte le strutture sanitarie, tecniche, professionali ed amministrative nelle fasi di analisi e progettazione dei percorsi formativi.

Il sistema è in fase di crescita ma non di maturità, in considerazione dei continui aggiornamenti degli organigrammi aziendali e delle complessità organizzative che tuttora permangono a seguito della pandemia che ha mostrato e continua a mostrare la debolezza del sistema. Tale complessità coinvolge anche quegli ambiti che debbono sostenere lo sviluppo dell'innovazione, del cambiamento, della motivazione quale è la Formazione.

L

a responsabilità è stata posta in capo ai Dipartimenti e alle strutture afferenti direttamente alle Direzioni, richiedendo con nota della Direzione Generale la programmazione di progettualità a valenza dipartimentale, con il coinvolgimento di tutte le strutture interessate.

Quest'anno si è comunque rilevato, una maggiore attenzione da parte di alcune strutture, che lascia sperare ad un ritorno alla "normalità".

I bisogni sono stati rilevati con delle apposite schede predisposte a tal fine.

## **I soggetti coinvolti**

La formazione è una funzione di sistema, che opera nella definizione dei bisogni formativi in stretta connessione con soggetti diversi.

- Le Direzioni aziendali portatrici delle esigenze, dell' "epidemiologia" e dell'organizzazione del territorio su cui possono tracciare una propria vision: quali gli ambiti di sviluppo, di innovazione, di mantenimento. Le direzioni curano lo sviluppo, anche, degli obiettivi del macrosistema loro assegnati dall' Assessorato per la Salute quali la prevenzione con i progetti del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP), la garanzia dei servizi essenziali con i LEA, la garanzia della accessibilità al sistema e della qualità professionale, relazionale, alberghiera.

- Le strutture Dipartimentali e le strutture complesse che, trovano una sintesi nel Collegio di Direzione, quale consesso deputato a individuare tempi, modi, luoghi, risorse ove dare attuazione ai macro-obiettivi con la ricchezza della conoscenza dei "territori" dei "cittadini" che ad essi accedono. Tale conoscenza permette di studiare il bisogno formativo nella triplice logica che gli è consona: la prospettiva dell'operatore - professionista, la prospettiva dell'organizzazione, la prospettiva del cittadino. Le direzioni hanno il compito di coinvolgere gli operatori nel rispetto delle diverse professionalità e della diversa percezione nel percorso di assistenza.
- Le Unità Operative di Staff che hanno un mandato di supporto sia alla Direzione che ai servizi ed agli operatori tutti, in quanto luogo di sintesi, osservatorio permanente delle attività in una logica non solo numerica, ma di buona produttività, di supporto ai processi, di creazione di reti, di comunità professionale.
- Le reti professionali esterne all'Azienda che danno la vitalità di esperienze diverse, nuove, che permettono di leggere il proprio operato e scoprire tutto ciò in cui si crede, per cui ci si batte, per cui non ci si arrende davanti alla complessità.
- Il cittadino, il sofferente, i familiari, gli stakeholder tutti coloro che pur senza saperlo quando li incontriamo ci insegnano qualcosa, ci permettono di comprendere quali sono i loro e dunque i nostri bisogni.

### **I valori del Piano Formativo**

Anche la Commissione Nazionale Formazione Continua dell'AGENAS, nel presentare i nuovi manuali nel 2017 ha attenzionato molto l'aspetto etico della formazione continua. In Azienda sin dal 2010 si è lavorato, ponendo l'etica a fondamento del sistema aziendale e formativo, pertanto si rileva perfetta sintonia. Ma l'etica, come già riportato nella Carta Etica Aziendale, non può essere un valore solo personale ma lo deve essere del sistema tutto.

La formazione viene considerata quale elemento importante nella creazione di logiche nuove, "solidaristiche", integrate in una rete di connessioni tra i vari livelli e non solo intraistituzionali, ma anche interistituzionali.

Ciò richiede un riconoscimento, in ambito di peso di obiettivi dati dal Ministero a cascata alle Regioni, da queste alle Aziende sanitarie, dalle Direzioni alle UU.OO. Formazione. Se tale peso non viene attribuito le dichiarazioni di principio decadono.

E' necessario che si dia spazio alle opportunità di incontro tra esperienze e sperimentazioni diverse uscendo dalla logica di una formazione solo intraaziendale, con risorse interne.

E' tempo di porre attenzione non solo alla quantità di corsi realizzati e di crediti assegnati, ma soprattutto alla qualità di processi formativi attivati, di processi organizzativi e di cura innovativi sperimentati.

Allora in attuazione ai valori contenuti nei principi di cui sopra: innovazione, sperimentazione, diffusione di buone pratiche, redazione ed applicazione di percorsi clinico assistenziali, l'obiettivo del Piano Formativo Aziendale deve essere quello di costruire un numero minore di attività formative, in cui trovino giusto spazio obiettivi ben formati, metodologie interattive più rispondenti all'apprendimento dell'adulto, verifiche che misurino non solo gli apprendimenti teorici, ma soprattutto gli apprendimenti sperimentati, applicati, le ricadute sul sistema organizzativo e relazionale, la percezione dell'utenza, e ove possibile le ricadute cliniche.

E' chiaro che bisogna dare sempre maggiore attenzione allo sviluppo dei dossier formativi dei professionisti attraverso la promozione della formazione individuale extraaziendale con comandi e frequenze presso centri di alta specializzazione e forme di tutoraggio di esperti nelle attività cliniche.

Entrambe queste formule hanno trovato attuazione in Azienda.

### **I destinatari**

I destinatari della formazione aziendale non possono che essere tutte le componenti di una Azienda, tutte le professioni in essa operanti, trovando spazi di condivisione con i fruitori del sistema.

Un piano aziendale dà, indiscutibilmente, spazio maggiore alle professioni sanitarie, ma non può negare l'importanza dell'apporto dato alla qualità del servizio e dell'assistenza dai professionisti ed operatori del ruolo

tecnico, amministrativo e professionale.

Il personale aziendale è costituito da n. 1834 unità di personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, da n. 131 Medici di Medicina Generale (MMG), da n. 23 Pediatri di Libera Scelta (PLS).

## **Gli ambiti e progetti formativi**

Gli ambiti individuati per l'anno 2022 sono stati cinque.

### 1. Area management - miglioramento organizzativo / gestionale e della qualità dei servizi

- Reclutamento della popolazione target ai tre programmi di screening
- Educazione digitale e buone pratiche
- Disostruzione delle vie aeree

### 2. Area tecnico professionale

- Antibiotico-resistenza: un'emergenza da contrastare
- Progetto formativo di utilizzo della tecnica laparoscopica per proctectomia radicale
- La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica
- Integrazione ospedale territorio" assistenza ostetrica in autonomia alle gravidanze e parto a basso rischio ostetrico (BRO)
- L'équipe multidisciplinare nel consultorio familiare
- Basi di PNL (Programmazione Neurolinguistica)
- La componente psicomotoria nell' approccio olistico in riabilitazione

### 3. Area comunicazione / relazione / benessere organizzativo

- Servizi sociali dell'ASP di Enna a confronto
- la classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute

### 4. Area emergenza – urgenza

- La nutrizione artificiale quale strumento terapeutico per i pazienti
- Emergenza-urgenza in pediatria
- Corso di formazione rianimazione neonatale

### 5. Area sicurezza dei lavoratori

- Apprecchiatura a risonanza magnetica per uso medico. Sicurezza e imaging
- La radioprotezione nelle attività sanitarie ai sensi del d.lgs 101/2020 art 111
- Norme di radioprotezione e contaminazione radioattiva in un reparto di medicina nucleare
- Formazione di base per lavoratori rischio medio ex d.lgs.81/08
- Formazione di base per i lavoratori rischio alto ex d.lgs 81/08
- Corso dirigenti
- Progetto formativo per i dipendenti individuati preposti per la sicurezza dell'ASP di Enna
- Squadre primo soccorso
- Squadre di emergenza

## Sezione 4 - Monitoraggio

### 4.1 Valore Pubblico

Il monitoraggio del valore pubblico, è stato strutturato conferendo maggiore enfasi alla prospettiva degli stakeholder, pertanto, verrà monitorato sulla scorta di una selezione di obiettivi strategici che, si ritiene, siano più significativi a tal fine.

Gli obiettivi di cui sopra che verranno monitorati secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma 1, lettere b) del D,Lgs, 150/2009 e s.m.i. , sono i seguenti:

- Coperture vaccinali
- Esiti
- Fascicolo Sanitario Elettronico
- Sovraffollamento nei Pronto Soccorso
- Garantire gli standard e requisiti nei Punti Nascita
- Screening
- Liste d'Attesa
- Livello della qualità percepita interna ed esterna.

Gli indicatori inerenti agli obiettivi sopraelencati verranno monitorati dal Controllo di Gestione nell'ottica unitaria aziendale e direttamente dai Responsabili delle Unità Organizzative per le rispettive competenze, con una cadenza trimestrale, al fine di attuare azioni correttive e di miglioramento in corso di esercizio nell'eventuale rilevazione di significative deviazioni dal risultato atteso.

La fase propedeutica del monitoraggio, ossia la rilevazione dei dati, è assicurata mediante la produzione di flussi informativi da parte dei Sistemi informatici gestionali delle aree operative del cui corretto utilizzo è incaricato il responsabile delle unità operative preposte.

La fase strumentale del monitoraggio, ossia la rendicontazione, è assicurata entro le tempistiche previste dal Controllo di Gestione con un cruscotto informatico direzionale web che acquisisce i suddetti flussi informativi e li rappresenta sotto forma di informazioni grafiche e letterali.

Per limitare l'autoreferenzialità, la performance dell'Azienda nel contesto del Valore pubblico deve essere valutata anche secondo la prospettiva degli utenti, integrando tale prospettiva nella strategia di realizzazione del valore pubblico che incorpora la visione orientata al benessere sociale equo e sostenibile.

### 4.2 Performance

Gli obiettivi di performance verranno monitorati secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma 1, lettere b) del D,Lgs, 150/2009 e s.m.i.

Il relativo processo di monitoraggio e valutazione è riportato nella sezione 2.2. Performance

### 4.3 Rischi corruttivi e Trasparenza

Il monitoraggio avviene secondo le indicazioni ANAC, le attività sono dettagliatamente riportate nella sezione 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza – Il Monitoraggio sull' idoneità e sull'attuazione delle misure.

### 4.4 Organizzazione e capitale umano

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'OIV.

## Nota metodologica

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stato redatto facendo riferimento allo schema tipo di cui al DM del 30/06/2022.

La redazione del presente PIAO, in questa fase di prima attuazione, risente di una pianificazione e programmazione già compiuta e definita in appositi provvedimenti già adottati con le logiche normative-funzionali previste.

Di conseguenza, secondo il principio della continuità logica degli atti amministrativi, questa prima stesura riconfigura e integra gli atti già emessi con la previsione di adottare un nuovo modello che integra la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione delle attività che ineriscono ai quattro ambiti del PIAO e che determina la necessità di riorganizzare le attività finora oggetto di pianificazione e rendicontazione settorializzata, in una unica visione di governance orientata al management del valore pubblico.

Si riporta l'elenco dei funzionari che hanno costituito il gruppo di lavoro che è stato individuato dalla Direzione strategica e che ha elaborato il presente PIAO:

- UOC Controllo di gestione e SIS: D.ssa Lorenza Garofalo;
- UOC Coordinamento degli staff aziendali: Avv. Giuseppe Capizzi;
- UOS Formazione: D.ssa Gabriella Emma;
- UOS URP: D.ssa Antonella Santarelli;
- UOC Risorse Umane: Dott. Salvatore Lombardo;
- Ufficio del RPCT: Dott. Davide Mingrino;
- UOS Gestione reti e dati: Dott. Ciro Viscuso.